

Legislação Relativa aos Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e sobre Nascidos Vivos (SINASC)

© 2005 Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Série E. Legislação de Saúde

Versão preliminar

Edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Análise de Situação de Saúde

Produção: Núcleo de Comunicação

Endereço

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede

CEP: 70058-900, Brasília - DF

E-mail: svs@saude.gov.br

Endereço eletrônico www.saude.gov.br/svs

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE INFORMAÇÕES E ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

Legislação Relativa aos Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Brasília-DF, 2009

Sumário

APRESENTAÇÃO	8
INTRODUÇÃO	9
Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973.....	10
Lei dos Registros Públicos	
Lei nº 6.216, de 30 de junho de 1975,	13
Que altera dispositivos da Lei 6.015/73	
Lei nº 7.844, de 18 outubro de 1989,	16
Alterando a redação do Art 30 da Lei 6.015/73	
Lei nº 8.069, de 13 julho de 1990,	17
Estatuto da Criança e do Adolescente	
Lei nº 8.080, de 19 setembro de 1990,	20
Lei Orgânica da Saúde	
Lei nº 8.935, de 18 novembro de 1994,	22
Que regulamenta o art. 236 da Constituição Federal que dispõe sobre serviços notariais e de registro	
Lei nº 9534, de 10 dezembro de 1997,	23
Estabelecendo a gratuidade do fornecimento de Certidões	
Portaria nº 3.947/GM, de 25 novembro de 1998,	25
Do Sr Ministro da Saúde, estabelecendo os padrões comuns mínimos dos sistemas e bases de dados na área de saúde	
Portaria nº 1929/GM, de 09 outubro de 2003,	28
Do Sr Ministro da Saúde, que promove a organização do Sistema Nacional de Informações em Saúde	
Portaria nº 1.172/GM, de 15 junho de 2005,	30
Do Sr Ministro da Saúde, regulamentando a NOB SUS 01/96, na área de epidemiologia e controle de doenças	

Resolução CFM nº 1.779/2005 Regulamenta.....	42
A responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito.	
Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000	
Portaria nº 1.405 de 29 de junho de 2006.	46
Institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO)	
Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007,	59
Que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;	
Portaria nº 2.656/GM, de 17 de outubro de 2007,	56
Que dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas;	
Portaria SVS/MS nº 1119, de 05 de Junho de 2008,	74
Regulamenta a Vigilância de óbitos Maternos;	
Portaria SVS/MS nº 116, de 11 de fevereiro de 2009,	88
Regulamenta a coleta de dados Fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da SVS	

Índice Temático

A) Legislação geral

Lei nº 6.015, de 31 dezembro de 1973	10
Lei dos Registros Públicos	
Lei nº 6.216, de 30 junho de 1975,	13
Que altera dispositivos da Lei 6.015/73	
Constituição Federal de 1988	15
Lei nº 7.844, de 18 outubro de 1989,	16
Alterando a redação do Art 30 da Lei 6.015/73	

Lei nº 8.069, de 13 julho de 1990, Estatuto da Criança e do Adolescente	17
Lei nº 8.080, de 19 setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde	20
Lei nº 8.935, de 18 novembro de 1994, Que regulamenta o art. 236 da constituição Federal que dispõe sobre serviços notariais e de registro	22
Lei nº 9534, de 10 dezembro de 1997, Estabelecendo a gratuidade do fornecimento de certidões	23
Portaria nº 2.656/GM, de 17 de outubro de 2007, Que dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas	56

B) Legislação relacionando o financiamento do SUS à alimentação do SIM e do SINASC

Portaria nº 1.172/GM, de 15 junho de 2005, Do Sr Ministro da Saúde, regulamentando a NOB SUS 01/96, na área de epidemiologia e controle de doenças	30
Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, Que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;	59

C) Legislação sobre os Sistemas de Informações em Saúde

Portaria nº 3.947/GM, de 25 novembro de 1998, Do Sr Ministro da Saúde, estabelecendo os padrões comuns mínimos dos sistemas e bases de dados na área de saúde	25
---	----

D) Legislação específica sobre os sistemas de informações sobre mortalidade e sobre nascidos vivos

Portaria nº 1.405 de 29 de junho de 2006.	46
Institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO)	
Portaria SVS/MS nº 1119, de 05 de Junho de 2008,	74
Regulamenta a Vigilância de óbitos Maternos;	
Portaria SVS/MS nº 116, de 11 de fevereiro de 2009,	88
Regulamenta a coleta de dados Fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da SVS	

E) Normas sobre atribuições dos médicos

Resolução cfm nº 1.779/2005	42
Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000.	

Apresentação

Apresentamos, neste documento, uma compilação dos principais textos legais referentes aos Sistemas de Informações sobre Mortalidade - SIM e sobre Nascidos Vivos - SINASC, gerenciados pela Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica no Departamento de Análise de Situação de Saúde – Ministério da Saúde.

O objetivo é possibilitar aos usuários dos sistemas, o conhecimento da legislação pertinente, dirimindo dúvidas sobre a propriedade de certos procedimentos.

Gerson Oliveira Penna
Secretário de Vigilância em Saúde

Introdução

Criado em 1975, o Sistema de Informações sobre Mortalidade esteve subordinado ao Departamento de Vigilância Epidemiológica - DVE da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde - SNABS, do Ministério da Saúde, até o ano de 1991, quando, por ocasião da Reforma Administrativa, aquele órgão foi extinto, e suas atribuições atinentes aos sistemas de informações em saúde, foram transferidas para o Centro Nacional de Epidemiologia, da recém-criada Fundação Nacional de Saúde.

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos foi criado em 1989, ainda sob a vigência da SNABS, mas sua implantação efetiva se deu a partir de 1991, já sob a égide da Fundação Nacional de Saúde.

Os sistemas foram aceitos de imediato pelas Secretarias Estaduais de Saúde e seu funcionamento se deu graças a um implícito “acordo de cavalheiros”, considerando a não existência de documento oficiais que os regulamentassem ou mesmo que justificassem sua existência.

A inexistência desta legislação acarretou uma série de problemas, principalmente para o SINASC, pela exigência para os Cartórios do Registro Civil aceitarem aquele novo documento informativo sem um documento que os obrigasse a tal; foi necessária uma série de providências junto aos Srs Corregedores Estaduais de Justiça para que um provimento, documento normativo expedido por aquele órgão, fosse encaminhado aos responsáveis pelos cartórios. No que concerne ao SIM, havia um discreto apoio, representado pela Lei dos Registros Públicos - Lei 6015 de 31 dez 73, que, em seu artigo 77, mencionava a necessidade de um atestado médico para o fornecimento da competente Certidão de Óbito.

Eram freqüentes as solicitações pelos responsáveis pelos sistemas, no nível estadual, sendo necessária, para contornar os óbices, a elaboração de normas estaduais para que aqueles sistemas continuassem a prestar seu inestimável serviço para as estatísticas em epidemiologia.

Conseqüentes a discussões sobre o assunto, foram enfim lavrados e postos em execução documentos destinados a legalizar não apenas os sistemas, como também especificar quem seriam seus gestores, quais suas atribuições e estabelecendo responsabilidades operacionais, tanto no campo estatístico como no de informática.

O escopo a que nos propomos é possibilitar, aos usuários nos diversos níveis, o conhecimento da legislação específica, por meio de uma apresentação em ordem cronológica dos diplomas legais e um ligeiro comentário sobre os pontos que realmente interessam aos sistemas.

Os documentos serão apresentados alguns em forma completa, pela abrangência de seus artigos sobre os sistemas de informações, enquanto que em outros serão apresentados apenas os artigos que interagem diretamente com o SIM e o SINASC.

Lei nº 6.015, de 31 de Dezembro de 1973

Lei dos Registros Públicos

Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA , faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO I

Das Disposições Gerais

CAPÍTULO I

Das Atribuições

Art.1º Os serviços concernentes aos Registros Públicos, estabelecidos pela legislação civil para autenticidade, segurança e eficácia dos atos jurídicos, ficam sujeitos ao regime estabelecido nesta Lei.

1º Esses registros são:

I - o registro civil de pessoas naturais;

II - ...

III - ...

IV - ...

V - ...

TÍTULO II

Do Registro de Pessoas Naturais

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

Art.29 Serão registrados no registro civil de pessoas naturais:

I - os nascimentos;

II - ...

III - os óbitos;

IV - ...

Art.30 Das pessoas comprovadamente pobres, à vista de atestado da autoridade competente, não será cobrado emolumento pelo registro civil e respectiva certidão.

CAPÍTULO IV

Do Nascimento

Art.51 Todo nascimento que ocorrer no território nacional deverá ser dado a registro no cartório do lugar em que tiver ocorrido o parto, dentro de quinze (15) dias, ampliando-se até três (3) meses para os lugares distantes mais de trinta (30) quilômetros da sede do cartório.

Art.53 São obrigados a fazer declaração de nascimento:

1º) o pai;

2º) em falta ou impedimento do pai, a mãe, sendo neste caso o prazo para declaração prorrogado por quarenta e cinco (45) dias;

3º) no impedimento de ambos, o parente mais próximo, sendo maior achando-se presente;

4º) em falta ou impedimento do parente referido no número anterior os administradores de hospitais ou os médicos e parteiras, que tiverem assistido o parto;

5º) pessoa idônea da casa em que ocorrer, sendo fora da residência da mãe;

6º) finalmente, as pessoas encarregadas da guarda do menor.

1º Quando o oficial tiver motivo para duvidar da declaração, poderá ir à casa do recém-nascido verificar a sua existência, ou exigir a atestação do médico ou parteira que tiver assistido o parto, ou o testemunho de duas pessoas que não forem os pais e tiverem visto o recém-nascido.

2º Tratando-se de registro fora do prazo legal o oficial, em caso de dúvida, poderá requerer ao Juiz as providências que forem cabíveis para esclarecimento do fato.

Art.54 No caso de ter a criança nascido morta ou no de ter morrido na ocasião do parto, será, não obstante, feito o assento com os elementos que couberem e com remissão ao do óbito.

CAPÍTULO IX

Do Óbito

Art.78 Nenhum enterramento será feito sem certidão de oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado do médico, se houver no

lugar, ou, em caso contrário, de duas pessoas qualificadas, que tiverem presenciado ou verificado a morte.

Parágrafo único. Antes de proceder ao assento de óbito de criança de menos de um ano, o oficial indagará se foi registrado o nascimento, e fará a verificação no respectivo livro quando houver sido no seu cartório; em caso de falta, tomará previamente o assento omitido.

Art.79 Na impossibilidade de ser feito o registro dentro de 24 (vinte e quatro) horas do falecimento, pela distância ou qualquer outro motivo relevante, o assento será lavrado depois, com a maior urgência, e dentro dos prazos fixados no artigo 51.

Art.80 São obrigados a fazer declaração de óbitos:

1º) o chefe de família, a respeito de sua mulher, filhos, hóspedes, agregados e fâmulos;

2º) a viúva, a respeito de seu marido, e de cada uma das pessoas indicadas no número antecedente;

3º) o filho, a respeito do pai ou da mãe; o irmão, a respeito dos irmãos e demais pessoas de casa, indicadas no n. 1; o parente mais próximo maior e presente;

4º) o administrador, diretor ou gerente de qualquer estabelecimento público ou particular, a respeito dos que nele faleceram, salvo se estiver presente algum parente em grau acima indicado;

5º) na falta de pessoa competente, nos termos dos números anteriores, a que tiver assistido aos últimos momentos do finado, o médico, o sacerdote ou vizinho que do falecimento tiver notícia;

6º) a autoridade policial, a respeito de pessoas encontradas mortas.

Parágrafo único. A declaração poderá ser feita por meio de preposto, autorizando-o o declarante em escrito, de que constem os elementos necessários ao assento de óbito.

Emílio G. Médici

Alfredo Buzaid

Lei nº 6.216, de 30 de Junho de 1975

Altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os registros públicos.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA , faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art.1º A Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, vigorará com as seguintes modificações:

TÍTULO I

Das Disposições Gerais

CAPÍTULO I

Das Atribuições

Art.1º Nova redação "Art. 1º Os serviços concernentes aos Registros Públicos, estabelecidos pela legislação civil para autenticidade, segurança e eficácia dos atos jurídicos, ficam sujeitos ao regime estabelecido nesta Lei.

§ 1º Os Registros referidos neste artigo são os seguintes:

I - o registro civil de pessoas naturais;

CAPÍTULO IV

Do Nascimento

Art.51 Passa a art. 50, com nova redação do " *caput* ", mantidos os parágrafos.
"Art. 50. Todo nascimento que ocorrer no território nacional deverá ser dado a registro, (VETADO) no lugar em que tiver ocorrido o parto (VETADO), dentro do prazo de 15 (quinze) dias, ampliando-se até 3 (três) meses para os lugares distantes mais de 30 (trinta) quilômetros da sede do cartório".

Art.52 Passa a art. 51.

Art.53 Passa a art. 52, com nova redação ao item 6º.
"6º - finalmente, as pessoas (VETADO) encarregadas da guarda do menor".

Art.54 Passa a art. 53, com nova redação.
"Art. 53. No caso de ter a criança nascido morta ou no de ter morrido na ocasião do parto, será, não obstante, feito o assento com os elementos que couberem e com remissão ao do óbito.

§ 1º No caso de ter a criança nascido morta, será o registro feito no livro "C Auxiliar", com os elementos que couberem.

§ 2º No caso de a criança morrer na ocasião do parto, tendo, entretanto, respirado, serão feitos os dois assentos, o de nascimento e o de óbito, com os elementos cabíveis e com remissões recíprocas".

Art.55 Passa a art. 54, com nova redação ao item 2º.
"2º - O sexo do registrando";

CAPÍTULO IX

Do Óbito

Art.78 Passa a art. 77, com nova redação
"Art. 77 - Nenhum sepultamento será feito sem certidão, do oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte.

§ 1º Antes de proceder ao assento de óbito de criança de menos de 1 (um) ano, o oficial verificará se houve registro de nascimento, que, em caso de falta, será previamente feito.

Brasília, 30 de junho de 1975; 154º da Independência e 87º da República.

Ernesto Geisel

Armando Falcão

Constituição Federal de 1988

TÍTULO II

Dos Direitos e Garantias Fundamentais

CAPÍTULO I

Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos

Art.5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

...

...

...

LXXVI - são gratuitos para os reconhecidamente pobres, na forma da lei:

a) o registro civil de nascimento;

b) a certidão de óbito;

...

...

Lei nº 7.844, de 18 de Outubro de 1989

Disciplina o inciso LXXVI do art. 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, alterando a redação do art. 30 da Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art.1º O art. 30 da Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, passa a vigorar com a seguinte redação:
"Art. 30. Das pessoas reconhecidamente pobres não serão cobrados emolumentos pelo registro civil de nascimento e pelo assento de óbito e respectivas certidões.

§ 1º O estado de pobreza será comprovado por declaração do próprio interessado ou a rogo, em se tratando de analfabeto, neste caso acompanhada da assinatura de duas testemunhas.

§ 2º A falsidade da declaração ensejará a responsabilidade civil e penal do interessado."

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

Art.3º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 18 de outubro de 1989; 168º da Independência e 101º da República.

José Sarney

J. Saulo Ramos

Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990

Estatuto da Criança e do Adolescente

Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA , faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

LIVRO I

Parte Geral

TÍTULO I

Das Disposições Preliminares

- Art.1º** Esta lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente.
- Art.2º** Considera-se criança, para os efeitos desta lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescentes aquela entre doze e dezoito anos de idade.
Parágrafo único. Nos casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade.
- Art.3º** A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.
- Art.4º** É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Art.5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Art.6º Na interpretação desta lei levar-se-ão em conta os fins sociais a que ela se dirige, as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos, e a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento.

TÍTULO II

Dos Direitos Fundamentais

CAPÍTULO I

Do Direito à Vida e à Saúde

Art.7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Art.8º É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal.

§ 1º A gestante será encaminhada aos diferentes níveis de atendimento, segundo critérios médicos específicos, obedecendo-se aos princípios de regionalização e hierarquização do Sistema.

§ 2º A parturiente será atendida preferencialmente pelo mesmo médico que a acompanhou na fase pré-natal.

§ 3º Incumbe ao Poder Público propiciar apoio alimentar à gestante e à nutriz que dele necessitem.

Art.9º O Poder Público, as instituições e os empregadores propiciarão condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas a medida privativa de liberdade.

Art.10 Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a:

I - manter registro das atividades desenvolvidas, através de prontuários individuais, pelo prazo de dezoito anos;

II - identificar o recém-nascido mediante o registro de sua impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe, sem prejuízo de outras formas normatizadas pela autoridade administrativa competente;

III - proceder a exames visando ao diagnóstico e terapêutica de normalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais;

IV - fornecer declaração de nascimento onde constem necessariamente as intercorrências do parto e do desenvolvimento de neonato;

V - manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe.

Brasília, 13 de julho de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

Fernando Collor

Bernardo Cabral

Carlos Chiarelli

Antônio Magri

Margarida Procópio

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990

Lei Orgânica da Saúde

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art.1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I

Das Disposições Gerais

Art.2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art.3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social e serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art.47 O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

Fernando Collor

Alceni Guerra

Lei nº 8.935, de 18 de Novembro de 1994

Regulamenta o art. 236 da Constituição Federal, dispondo sobre serviços notariais e de registro.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

TÍTULO I

Dos Serviços Notariais e de Registros

CAPÍTULO I

Natureza e Fins

Art.1º Serviços notariais e de registro são os de organização técnica e administrativa destinados a garantir a publicidade, autenticidade, segurança e eficácia dos atos jurídicos.

TÍTULO III

Das Disposições Gerais

Art.45 São gratuitos para os reconhecidamente pobres os assentos do registro civil de nascimento e o de óbito, bem como as respectivas certidões.

Brasília, 18 de novembro de 1994; 173º da Independência e 106º da República.

Itamar Franco

Alexandre de Paula Dupeyrat Martins

Lei nº 9.534, de 10 de Dezembro de 1997

Dá nova redação ao art. 30 da Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os registros públicos; acrescenta inciso ao art. 1º da Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, que trata da gratuidade dos atos necessários ao exercício da cidadania; e altera os arts. 30 e 45 da Lei nº 8.935, de 18 de novembro de 1994, que dispõe sobre os serviços notariais e de registro.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art.1º O art. 30 da Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, alterada pela Lei nº 7.844, de 18 de outubro de 1989, passa a vigorar com a seguinte redação:
“Art. 30 - Não serão cobrados emolumentos pelo registro civil de nascimento pelo assento de óbito, bem como pela primeira certidão respectiva.

§ 1º - Os reconhecidamente pobres estão isentos de pagamento de emolumentos pelas demais certidões extraídas pelo cartório de registro civil.

§ 2º - O estado de pobreza será comprovado por declaração do próprio interessado ou a rogo, tratando-se de analfabeto, neste caso, acompanhada da assinatura de duas testemunhas.

§ 3º - A falsidade da declaração ensejará a responsabilidade civil e criminal do interessado.

§ 4º - (VETADO)

§ 5º - (VETADO)

§ 6º - (VETADO)

§ 7º - (VETADO)

§ 8º - (VETADO)”

Art.2º (VETADO)

Art.3º O art. 1º da Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso:

“Art. 1º - ”

VI - O registro civil de nascimento e o assento de óbito, bem como a primeira certidão respectiva.”

Art.4º (VETADO)

Art.5º O art. 45 da Lei nº 8.935, de 18 de novembro de 1994, passa a vigorar com a seguinte redação:
“Art. 45 - São gratuitos os assentos do registro civil de nascimento e o de óbito, bem como a primeira certidão respectiva.

Parágrafo único - Para os reconhecidamente pobres não serão cobrados emolumentos pelas certidões a que se refere este artigo.”

Art.6º (VETADO)

Art.7º Os Tribunais de Justiça dos Estados poderão instituir, junto aos Ofícios de Registro Civil, serviços itinerantes de registros, apoiados pelo poder público estadual e municipal, para provimento da gratuidade prevista nesta Lei.

Art.8º Esta Lei entra em vigor no prazo de noventa dias, contado da data de sua publicação.

Brasília, 10 de dezembro de 1997; 176º da Independência e 109º da República.

Fernando Henrique Cardoso

Iris Rezende

Portaria nº 3.947/GM, de 25 de Novembro de 1998(*)

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando a necessidade do estabelecimento de padrões comuns mínimos que possibilitem a intercomunicação dos sistemas e bases de dados na área da saúde;

A necessidade de definição de atributos comuns, de uso obrigatório, relativos à identificação do indivíduo assistido, da instituição ou local de assistência, do profissional prestador do atendimento e da ocorrência registrada;

Os objetivos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa, de que trata a Portaria nº 820, de 25 de junho de 1997;

A deliberação da Oficina de Trabalho Interagencial, instância colegiada responsável pela condução técnica e o planejamento estratégico da RIPSa, recomendando a adoção de um conjunto de atributos comuns aplicáveis aos sistemas e bases de dados na área de saúde, resolve:

Art.1º Aprovar os atributos comuns a serem adotados, obrigatoriamente, por todos os sistemas e bases de dados do Ministério da Saúde, a partir de 1º de janeiro de 1999.

Art.2º São atributos mínimos para a identificação do indivíduo assistido:

- I - Nome completo, obtido de documento oficial, registrado em campo único;
- II - Número de Cartão do SUS;
- III - Número do Registro de Identidade Civil (RIC), uma vez regulamentado o seu uso;
- IV - Data de nascimento, indicando dia, mês e ano (quatro dígitos), em que ocorreu;
- V - Sexo, indicando se masculino (M), feminino (F) ou ignorado / indeterminado (I);
- VI - Nome completo da mãe, obtido de documento oficial, registrado num campo único;
- VII - Naturalidade, indicando o Município e o Estado de nascimento, com os respectivos códigos do IBGE;
- VIII - Endereço, indicando nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, Município, Estado e Código de Endereçamento Postal (CEP).

Parágrafo único. São dados complementares para o reconhecimento do indivíduo assistido nos sistemas de informação que assim o requererem:

- I - raça/cor, de acordo com os atributos adotados pelo IBGE;
- II - grau de escolaridade, indicando as seguintes situações: (I) qual a última série concluída com aprovação; (II) qual o grau correspondente à última série concluída com aprovação (alfabetização de adultos, antigo primário, antigo ginásio, antigo clássico ou científico, ensino fundamental ou 1º grau, ensino médio ou 2º grau, superior, pós-graduação e nenhum);
- III - situação no mercado de trabalho (empregado, autônomo, empregador, aposentado, dona de casa, estudante e vive de renda);
- IV - ocupação, codificada de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), no nível de agregação de quatro dígitos;
- V - ramo de atividade econômica, codificado de acordo com o Cadastro Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), no nível de agregação de dois dígitos.

Art. 3º São atributos mínimos para a identificação da instituição ou local de assistência:

- I - nome completo;
- II - razão social;
- III - número do CGC do estabelecimento com identificação da unidade prestadora no caso das instituições públicas;
- IV - endereço oficial da unidade prestadora, indicando nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, Município, Estado e Código de Endereçamento Postal (CEP);
- V - tipo de estabelecimento, segundo classificação adotada pelo Ministério da Saúde.

Art.4º São atributos mínimos para a identificação do profissional prestador do atendimento:

- I - nome completo, obtido de documento oficial, registrado em campo único;
- II - número do Registro de Identidade Civil (RIC), uma vez regulamentado o seu uso;
- III - categoria profissional, codificada de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) , no nível de agregação de quatro dígitos;
- IV - número do registro no conselho profissional da unidade federada.

Art.5º São atributos mínimos para a identificação do evento ou do atendimento realizado:

- I - data e hora do atendimento;
- II - local de ocorrência (quando não, o da instituição prestadora, indicando nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, Município, Estado e Código de Endereçamento Postal (CEP);
- III - causa do atendimento, utilizando os códigos da Classificação Internacional de Doenças, e indicando se acidente do trabalho ou de trânsito: sim (S), não (N) e ignorado (I);
- IV - diagnóstico, utilizando os códigos da Classificação Internacional de Doenças;
- V - procedimentos, segundo tabela-padrão estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Art.6º O Ministério da Saúde, de forma articulada com Estados e Municípios, desenvolverá, até 31 de dezembro de 1999, os seguintes instrumentos necessários ao processo de padronização objeto desta Portaria: cadastro de unidades de saúde, de base municipal, abrangendo as redes pública e privada, definindo-se o elenco mínimo de dados de transmissão obrigatória à direção nacional do SUS;

- I - padronização dos registros clínicos para uso universal no Sistema de Saúde, público e privado, incluindo procedimentos de atenção básica e de promoção da saúde.

Art.7º Fica o Secretário de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde incumbido de promover as medidas necessárias ao integral cumprimento das disposições desta Portaria.

Art.8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

José Serra

(*) Republicada por ter saído com incorreção do original no DOU nº 227-E, Seção 1, pág. 18, de 26.11.98.



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Portaria nº 1929/GM em 9 de Outubro de 2003

(Publicada no DOU nº. 197, de 10.10.03, Seção 1, página 57)

Define as atribuições da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Departamento de Informática do SUS no que se refere aos Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições e Considerando as atribuições do Ministério da Saúde como órgão gestor do SUS no nível nacional, no que se refere ao desenvolvimento e manutenção dos sistemas de informação em saúde e a garantia de acesso de gestores, técnicos do setor e da população em geral às suas bases de dados;

Considerando a necessidade de instituir e formalizar as atribuições dos órgãos desse Ministério, em virtude de sua recente reestruturação,

RESOLVE:

Art.1º Designar a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS como órgão gestor dos sistemas de informação abaixo relacionados:

- I. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM;
- II. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC;
- III. Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN.

Parágrafo único. Entende-se como órgão gestor o responsável pela área finalística que determina o objetivo e os propósitos de um sistema de informações, garantindo que ele cumpra as funções para as quais foi concebido, ou seja, responsável pela definição de variáveis, fluxos de informação, críticas e agregações de dados, além da ordenação de alterações que se fizerem necessárias.

Art.2º A SVS/MS fica incumbida de prestar suporte técnico às Secretarias de Saúde, sempre que se fizer necessário.

Art.3º Fica delegada competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para editar normas regulamentadoras desta portaria.

Art.4º Revoga-se a Portaria nº. 3.356, de 30 de julho de 1998, publicada no DOU nº 147, Seção 1, pág. 53, de 4 de agosto de 1998.

Art.5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Humberto Costa

Portaria nº 1172/GM, de 15 de Junho de 2004

Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências

O MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições, e tendo em vista as disposições da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no que se referem à organização do Sistema Único de Saúde - SUS e às atribuições do Sistema relacionadas à vigilância em saúde, e

Considerando a necessidade de regulamentar e dar cumprimento ao disposto na Norma Operacional Básica do SUS de 1996;

Considerando a aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua Reunião Ordinária dos dias 9 e 10 de junho de 1999, das responsabilidades e requisitos de epidemiologia e controle de doenças;

Considerando a aprovação desta Portaria pela Comissão Intergestores Tripartite, no dia 29 de abril de 2004; e

Considerando a aprovação da Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde para o ano de 2004, que incorpora ações básicas de Vigilância Sanitária, em 11 de novembro de 2003, resolve:

CAPÍTULO I

Das Competências

SEÇÃO I

Da União

Art.1º Compete ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, a Gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde no âmbito nacional, compreendendo:

I - A vigilância das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância ambiental em saúde e a vigilância da situação de saúde;

II - Coordenação nacional das ações de Vigilância em Saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional para alcançar êxito;

III - Execução das ações de Vigilância em Saúde, de forma complementar à atuação dos Estados;

IV - Execução das ações de Vigilância em Saúde, de forma suplementar, quando constatada insuficiência da ação estadual;

V - Definição das atividades e parâmetros que integram a Programação Pactuada Integrada da área de Vigilância em Saúde – PPI-VS;

VI - Normatização técnica;

VII - Assessoria técnica a Estados e a municípios;

VIII - Provimento dos seguintes insumos estratégicos:

- a) imunobiológicos;
- b) inseticidas;
- c) meios de diagnóstico laboratorial para as doenças sob monitoramento epidemiológico (kits diagnóstico);
- d) equipamentos de proteção individual - EPI compostos de máscaras respiratórias de pressão positiva/negativa com filtros de proteção adequados para investigação de surtos e agravos inusitados à saúde.

IX - Participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas nesta Portaria;

X - Gestão dos sistemas de informação epidemiológica, Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos, incluindo a:

- a) normatização técnica, com definição de instrumentos e fluxos;
- b) consolidação dos dados provenientes dos Estados; e
- c) retroalimentação dos dados.

XI - Divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XII - Coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, de abrangência nacional;

XIII - Promoção, coordenação e execução, em situações específicas, de pesquisas epidemiológicas e operacionais na área de prevenção e controle de doenças e agravos;

XIV - Definição de Centros de Referência Nacionais de Vigilância em Saúde;

XV - Coordenação técnica da cooperação internacional na área de Vigilância em Saúde;

XVI - Fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos;

XVII - Assessoramento às Secretarias Estaduais de Saúde - SES e às Secretarias Municipais de Saúde – SMS na elaboração da PPI-VS de cada Estado;

XVIII - Supervisão, fiscalização e controle da execução das ações de Vigilância em Saúde realizadas pelos municípios, incluindo a permanente avaliação dos sistemas estaduais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

XIX - Coordenação da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – RNLSP, nos aspectos relativos à Vigilância em Saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais (coleta, envio e transporte de material biológico) e credenciamento das unidades partícipes; e

XX - Coordenação do Programa Nacional de Imunizações incluindo a definição das vacinas obrigatórias no País, as estratégias e normatização técnica sobre sua utilização.

Parágrafo único. A responsabilidade pela disponibilização dos Equipamentos de Proteção Individual – EPI será das três esferas de governo, de acordo com o nível de complexidade a ser definido pela especificidade funcional desses equipamentos.

SEÇÃO II

Dos Estados

Art. 2º Compete aos Estados a gestão do componente estadual do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, compreendendo as seguintes ações:

- I - Coordenação e supervisão das ações de prevenção e controle, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual ou microrregional para alcançar êxito;
- II - Execução das ações de Vigilância em Saúde, de forma complementar à atuação dos municípios;
- III - Execução das ações de Vigilância em Saúde, de forma suplementar, quando constatada insuficiência da ação municipal;
- IV - Execução das ações de Vigilância em Saúde, em municípios não certificados nas condições estabelecidas nesta Portaria;
- V - Definição, em conjunto com os gestores municipais, na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, da Programação Pactuada Integrada da área de Vigilância em Saúde – PPI-VS, em conformidade com os parâmetros definidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS;
- VI - Assistência técnica aos municípios;
- VII - Participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas nos arts 14 a 19 desta Portaria;
- VIII - Provimento dos seguintes insumos estratégicos:

- a) medicamentos específicos, nos termos pactuados na CIT;
- b) seringas e agulhas, sendo facultado ao Estado a delegação desta competência à União, desde que a parcela correspondente do TFVS seja subtraída do repasse à SES;
- c) óleo vegetal;
- d) equipamentos de aspersão de inseticidas; e
- e) aquisição de equipamentos de proteção individual -EPI:

1. Máscaras faciais completas para a nebulização de inseticidas a Ultra Baixo Volume – UBV (a frio e termonebulização) para o combate a vetores; e

2. Máscaras semifaciais para a aplicação de inseticidas em superfícies com ação residual para o combate a vetores;

IX - Gestão dos estoques estaduais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos municípios;

X - Gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito estadual, incluindo:

- a) consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes e dos municípios, por meio de processamento eletrônico, do SINAN, do SIM, do SINASC, do SI-PNI e de outros sistemas que venham a ser introduzidos;
- b) envio dos dados ao nível federal regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;
- c) análise dos dados; e
- d) retroalimentação dos dados;

XI - Divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XII - Execução das atividades de informação, educação e comunicação de abrangência estadual;

XIII - Capacitação de recursos humanos;

XIV - Definição de Centros de Referência Estaduais de Vigilância em Saúde;

XV - Normatização técnica complementar à do nível federal para o seu território;

- XVI - Supervisão, fiscalização e controle da execução das ações de Vigilância em Saúde realizadas pelos municípios, programadas na PPI-VS, incluindo a permanente avaliação dos sistemas municipais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;
- XVII- Coordenação das ações de vigilância ambiental de fatores de risco à saúde humana, incluindo o monitoramento da água de consumo humano e contaminantes com importância em saúde pública, como os agrotóxicos, o mercúrio e o benzeno;
- XVIII-Coordenação da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública – RELSP, nos aspectos relativos a vigilância epidemiológica e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais, credenciamento e avaliação das unidades partícipes;
- XIX - Supervisão da rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública;
- XX- Provimento de diagnóstico laboratorial das doenças de notificação compulsória e outros agravos de importância epidemiológica, na rede estadual de laboratórios de saúde pública;
- XXI- Coordenação das ações de vigilância entomológica para as doenças transmitidas por vetores, incluindo a realização de inquéritos entomológicos;
- XXII- Coordenação do componente estadual do Programa Nacional de Imunizações; e
- XXIII- Supervisão da execução das ações básicas de vigilância sanitária realizadas pelos municípios.

SEÇÃO III

Dos Municípios

Art.3º Compete aos municípios a gestão do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, compreendendo as seguintes atividades:

- I- Notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme normatização federal e estadual;
- II- Investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas;
- III- Busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;
- IV- Busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;
- V- Provimento da realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico das doenças de notificação compulsória, em articulação com a Secretaria Estadual de Saúde;
- VI - Provimento da realização de exames laboratoriais para controle de doenças, como os de malária, esquistossomose, triatomíneos, entre outros a serem definidos pela PPI-VS;
- VII - Acompanhamento e avaliação dos procedimentos laboratoriais realizados pelas unidades públicas e privadas componentes da rede municipal de laboratórios que realizam exames relacionados à saúde pública;
- VIII - Monitoramento da qualidade da água para consumo humano, incluindo ações de coleta e provimento dos exames físico, químico e bacteriológico de amostras, em conformidade com a normatização federal;
- IX - Captura de vetores e reservatórios, identificação e levantamento do índice de infestação;
- X - Registro, captura, apreensão e eliminação de animais que representem risco à saúde do homem;

- XI - Ações de controle químico e biológico de vetores e de eliminação de criadouros;
- XII - Coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;
- XIII - Vigilância epidemiológica e monitoramento da mortalidade infantil e materna;
- XIV - Execução das ações básicas de vigilância sanitária;
- XV - Gestão e/ou gerência dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal, incluindo:
 - a) Coleta e consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes do SINAN, do SIM, do SINASC, do SI-PNI e de outros sistemas que venham a ser introduzidos;
 - b) Envio dos dados ao nível estadual, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;
 - c) Análise dos dados; e
 - d) Retroalimentação dos dados.
- XVI - Divulgação de informações e análises epidemiológicas;
- XVII - Participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas nos artigos 14 a 19 desta Portaria;
- XVIII - Participação, em conjunto com os demais gestores municipais e Secretaria Estadual de Saúde, na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, na definição da Programação Pactuada Integrada da área de Vigilância em Saúde – PPI-VS, em conformidade com os parâmetros definidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS;
- XIX - Gestão dos estoques municipais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos executores das ações;
- XX - Coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação de abrangência municipal;
- XXI - Aquisição de equipamentos de proteção individual – EPI referentes aos uniformes, demais vestimentas e equipamentos necessários para a aplicação de inseticidas e biolarvicidas, além daqueles indicados para outras atividades da rotina de controle de vetores, definidas no Manual de Procedimentos de Segurança, publicado pelo Ministério da Saúde; e
- XXII - Capacitação de recursos humanos.

Parágrafo único. As competências estabelecidas neste artigo poderão ser executadas em caráter suplementar pelos Estados ou por consórcio de municípios, nas condições pactuadas na CIB.

SEÇÃO IV

Do Distrito Federal

Art.4º A gestão das ações de Vigilância em Saúde no Distrito Federal compreenderá, no que couber, simultaneamente, as atribuições referentes a Estados e municípios.

CAPÍTULO II

Da Programação e Acompanhamento

Art.5º Ações de Vigilância em Saúde serão desenvolvidas de acordo com uma Programação Pactuada Integrada da área de Vigilância em Saúde - PPI-VS, que será elaborada a partir do seguinte processo:

I - A Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS estabelecerá as atividades a serem realizadas e metas a serem atingidas na área de Vigilância em Saúde, em caráter nacional, especificadas para cada unidade da Federação;

II - As atividades e metas estabelecidas servirão de base para que as Comissões Intergestores Bipartite – CIB de todas as unidades da Federação estabeleçam a PPI-VS estadual, especificando, para cada atividade proposta, o gestor que será responsável pela sua execução;

III - Os Estados e municípios poderão incluir ações de vigilância em saúde, a partir de parâmetros epidemiológicos estaduais e/ou municipais, pactuadas nas CIB.

Parágrafo único. As atividades e metas pactuadas na PPI-VS serão acompanhadas por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais, estabelecidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS.

Art.6º As Secretarias Estaduais de Saúde - SES e as Secretarias Municipais de Saúde - SMS manterão à disposição da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, do Ministério da Saúde - MS e dos órgãos de fiscalização e controle todas as informações relativas à execução das atividades em questão.

CAPÍTULO III

Da Certificação

Art.7º São condições para a certificação dos Estados e do Distrito Federal assumirem a gestão das ações de Vigilância em Saúde:

I - Formalização do pleito pelo gestor estadual do SUS;

II - Apresentação da PPI-VS para o Estado, aprovada na CIB; e

III - Comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições

Art.8º A solicitação de certificação dos Estados e do Distrito Federal, aprovada na CIB, será avaliada pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS e encaminhada para deliberação na CIT.

Art.9º Os municípios já habilitados em alguma das formas de gestão do sistema municipal de saúde, Plena da Atenção Básica – PAB, Plena de Atenção Básica Ampliada - PABA ou Plena de Sistema Municipal – PSM, solicitarão a certificação de gestão das ações de Vigilância em Saúde mediante:

I - Formalização do pleito pelo gestor municipal;

II - Comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições; e

III - Programação das atividades estabelecidas pela PPI-VS sob sua responsabilidade.

- Art.10** A solicitação de certificação dos municípios será analisada pela Secretaria Estadual de Saúde e encaminhada para aprovação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB.
- Art.11** As solicitações de municípios, aprovadas na CIB, serão encaminhadas para análise da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS e posterior deliberação final da Comissão Intergestores Tripartite - CIT.
- Art.12** Quando julgado necessário, a Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS poderá efetuar ou solicitar a realização de processo de vistoria in loco, para efeito de certificação.
- Art.13** Os Estados e o Distrito Federal deverão manter arquivo dos processos de certificação e da PPI-VS atualizadas anualmente.

CAPÍTULO IV

Do Financiamento

- Art.14** O Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS de cada unidade da Federação destina-se, exclusivamente, ao financiamento das ações estabelecidas nas Seções II, III e IV do Capítulo I desta Portaria e será estabelecido por portaria conjunta da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e da Secretaria de Vigilância em Saúde.
Parágrafo único. Os recursos do TFVS serão disponibilizados a Estados, a municípios e ao Distrito Federal para execução das ações de Vigilância em Saúde.
- Art.15** As unidades da Federação serão estratificadas da seguinte forma:
- I - Estrato I – Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e municípios pertencentes à Amazônia Legal dos Estados do Maranhão e Mato Grosso;
 - II - Estrato II – Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe;
 - III - Estrato III - São Paulo e Paraná; e
 - IV - Estrato IV - Distrito Federal, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.
- Art.16** O TFVS de cada unidade da Federação, observado o estrato a que pertença, será obtido mediante o somatório das seguintes parcelas:
- I - Valor *per capita* multiplicado pela população de cada unidade da Federação;
 - II - Valor por quilômetro quadrado multiplicado pela área de cada unidade da Federação; e
 - III - Contrapartidas do Estado e dos municípios ou do Distrito Federal, conforme o caso.
- § 1º As contrapartidas de que trata o inciso III deste artigo deverão ser para os estratos I, II, III e IV de, respectivamente, no mínimo, 20 %, 30 %, 35% e 40 % calculadas sobre o somatório das parcelas definidas nos incisos I e II e da parcela de que trata o § 2º do artigo 18 desta Portaria.
- § 2º Para efeito do disposto neste artigo, os dados relativos à população e à área territorial de cada unidade da Federação são os fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística – IBGE, atualizados anualmente, de forma automática, os valores referentes à população.

Art.17 A CIB, baseada nas competências dos Estados e dos municípios definidos nas Seções II e III, e considerando perfil epidemiológico e características demográficas, assim como o TFVS, informará à Secretaria de Vigilância em Saúde o montante a ser repassado a cada município para execução das ações de Vigilância em Saúde que, após aprovação, providenciará o seu repasse por intermédio do Fundo Nacional de Saúde.

Parágrafo único. O repasse de que trata o *caput* deste artigo somente será efetivado se o município encontrar-se certificado nos termos dos artigos 9 a 11 desta Portaria.

Art.18 Os municípios certificados na forma estabelecida nos artigos 9 a 11 desta Portaria não poderão perceber valores *per capita* inferiores a 60% (sessenta por cento) daquele atribuído à unidade da Federação correspondente.

§ 1º As capitais e os municípios que compõem sua Região Metropolitana não poderão perceber valores *per capita* inferiores a 80% (oitenta por cento) daquele atribuído à unidade da Federação correspondente.

§ 2º Como estímulo à assunção, pelos municípios, das atividades de que trata o artigo 3º, desta Portaria, será estabelecido um valor per capita que, multiplicado pela população do Município, será acrescido ao valor definido pela CIB.

§ 3º O Distrito Federal fará jus ao incentivo de que trata este artigo a partir da data de sua certificação.

Art.19 O repasse dos recursos federais do TFVS, incluindo o Incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária aos municípios (Portaria nº 1.882/1997), será feito, mensalmente, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, em conta específica, vedada sua utilização para outros fins não previstos nesta Portaria.

Parágrafo único. As atividades que são concentradas em determinada época do ano, a exemplo das campanhas de vacinação, terão os recursos correspondentes repassados do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais de Saúde e aos Fundos Municipais de Saúde, de acordo com pactuação feita nas CIB, com a parcela do segundo mês imediatamente anterior.

Art.20 Será instituída uma dotação nacional correspondente a 0,5% do valor anual do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde para aplicações emergenciais, mediante análise da situação pela Secretaria de Vigilância em Saúde, ou em situações de epidemia em que as Secretarias Estaduais e as Secretarias Municipais de Saúde apresentarem justificativa e programação necessária de recursos a serem utilizados, com aprovação da SVS.

§ 1º Os recursos não-aplicados até o mês de setembro de cada ano serão repassados às unidades federadas na mesma proporção do repasse sistemático do TFVS, sendo que a SVS apresentará na CIT, mensalmente, planilha demonstrativa dos recursos aplicados e disponíveis.

§ 2º A definição deste repasse no âmbito de cada unidade federada será objeto de pactuação na CIB e informado à Secretaria de Vigilância em Saúde para que seja efetuado o repasse.

CAPÍTULO V

Das Penalidades

Art.21 A Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS poderá suspender o repasse dos recursos de que trata o artigo 19, nos seguintes casos:

- I - Não cumprimento das atividades e metas previstas na PPI-VS, quando não acatadas as justificativas apresentadas pelo gestor e o não cumprimento de Termo de Ajuste de Conduta-TAC;
- II - Falta de comprovação da contrapartida correspondente;
- III - Emprego irregular dos recursos financeiros transferidos;
- IV - Falta de comprovação da regularidade e oportunidade na alimentação e retroalimentação dos sistemas de informação epidemiológica (SINAN, SIM, SINASC, SI-PNI e outros que forem pactuados);
- V - Falta de atendimento tempestivo a solicitações formais de informações; e
- VI - Por solicitação formal do gestor estadual, quando as hipóteses de que tratam os incisos anteriores for constatado por estes.

§ 1º Após análise das justificativas eventualmente apresentadas pelo gestor estadual ou municipal, conforme o caso, a Secretaria de Vigilância em Saúde, com base em parecer técnico fundamentado, poderá:

- I - Restabelecer o repasse dos recursos financeiros; ou
- II - Propor, à CIT, o cancelamento da certificação do Estado ou do município.

§ 2º O cancelamento da certificação, observados os procedimentos definidos no parágrafo anterior, poderá, também, ser solicitado pela CIB.

§ 3º As atividades de Vigilância em Saúde correspondentes serão assumidas:

- I - Pelo Estado, em caso de cancelamento da certificação de município; ou
- II - Pela Secretaria de Vigilância em Saúde, em caso de cancelamento da certificação de Estado.

Art.22 A Secretaria de Vigilância em Saúde poderá suspender o repasse mensal do TFVS para Estados e municípios que não demonstrarem a aplicação de recursos no valor equivalente a 6 (seis) meses de repasse, a partir de janeiro de 2005.

Parágrafo único. A Secretaria de Vigilância em Saúde editará ato normativo pactuado na CIT, detalhando os fluxos e procedimentos para a aplicação prática desta medida.

Art.23 Além das sanções de que trata os artigos 21 e 22 desta Portaria, os gestores estarão sujeitos às penalidades previstas em leis específicas, sem prejuízo, conforme o caso, de outras medidas, como:

- I - Comunicação aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.
- II - Instauração de tomada de contas especial;
- III - Comunicação ao Tribunal de Contas do Estado ou do Município, se houver;
- IV - Comunicação à Assembléia Legislativa do Estado;
- V - Comunicação à Câmara Municipal; e

VI - Comunicação ao Ministério Público Federal e à Polícia Federal, para instauração de inquérito, se for o caso;

CAPÍTULO VI

Das Disposições Gerais

Art.24 Para maior efetividade na consecução das ações de Vigilância em Saúde, por parte dos Estados, dos municípios e do Distrito Federal, recomenda-se às Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde:

I - Organizar estruturas específicas capazes de realizar todas as atividades sob sua responsabilidade de forma integrada, evitando-se a separação entre atividades de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde e operações de controle de doenças, e preferencialmente que essa estrutura tenha autonomia administrativa, orçamentária e financeira para a gestão de recursos, integrada aos Sistemas Estadual e Municipal de Saúde;

II - Integrar a rede assistencial, conveniada ou contratada com o SUS, nas ações de prevenção e controle de doenças;

III - Incorporar as ações de vigilância, prevenção e controle da área de Vigilância em Saúde às atividades desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e pelo Programa Saúde da Família - PSF; e

IV - Integrar as atividades de diagnóstico laboratorial às ações de Vigilância em Saúde por meio da estruturação de Rede de Laboratórios que inclua os laboratórios públicos e privados.

CAPÍTULO VII

Das Disposições Finais

Art. 25 Como instâncias de recurso, para os municípios que discordarem da avaliação da SES, ficam estabelecidos aqueles definidos para as demais pendências ordinárias, quais sejam, o Conselho Estadual de Saúde e a CIT, a não ser em questões excepcionais de natureza técnico-normativa, em que a SVS se caracterize como melhor árbitro.

Art. 26 As SES e as SMS deverão informar à SVS a evolução da força de trabalho cedida pelo Ministério da Saúde, considerando, dentre outros, os seguintes aspectos:

I - Aposentadoria de servidores;

II - Incorporação de atividades ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e Programa Saúde da Família - PSF; e

III - Aumento de produtividade em função da otimização de processos e incorporação de novos métodos de trabalho.

§ 1º No período de 5 (cinco) anos, iniciado a partir de 1º de janeiro de 2000, a Secretaria de Vigilância em Saúde submeterá à avaliação da CIT, na primeira reunião de cada ano, a análise da força de trabalho cedida e alocada em cada Estado da Federação.

§ 2º Caso seja constatada, considerados os fatores de que trata este artigo, a redução real do quantitativo de pessoal inicialmente alocado, a CIT, por proposta da SVS, estabelecerá as

medidas necessárias para o ajuste do quantitativo da força de trabalho, de forma a garantir a continuidade das atividades transferidas para os Estados e os municípios.

Art.27 Os recursos humanos cedidos para as SES e as SMS poderão ser convocados, em caráter temporário, pelo prazo máximo de noventa dias, pela SVS, quando esta estiver executando ações de prevenção e controle de doenças, em caráter suplementar e excepcional às SES.
Parágrafo único. As convocações superiores a noventa dias, bem como a prorrogação do prazo inicial deverão ser autorizadas pela CIT.

Art.28 A SVS, em conjunto com as SES, realizará capacitação de todos os agentes de controle de endemias, até o final do ano 2006, visando adequá-los às suas novas atribuições, incluindo conteúdos de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde e execução de prevenção e controle de doenças com importância nacional e regional.

Art.29 A SVS disponibilizará os *kits* para realização dos testes de colinesterase sanguínea, e demais testes que vierem a ser incorporados na rotina, para as SES, que serão responsáveis pela distribuição dos *kits* e a coordenação do processo de realização de exames de controle de intoxicação para os agentes de controle de endemias cedidos, que estiverem realizando ações de controle químico ou biológico.
Parágrafo único. Cabe às Secretarias Municipais de Saúde prover as condições para realização de exames de controle de intoxicação para os agentes especificados acima.

Art.30 A Fundação Nacional de Saúde - FUNASA estabelecerá, com a participação da Secretaria de Vigilância em Saúde, critérios e limites para o pagamento da indenização de campo dos seus agentes de controle de endemias.

§ 1º A FUNASA realizará o pagamento, mediante o envio, pela SES, da relação dos servidores que fazem jus a indenização de campo.

§ 2º Caso o limite fixado seja superior à despesa efetivada, o valor excedente será acrescido ao TFVS dos municípios certificados ou do Estado, dependendo da vinculação funcional, a título de parcela variável, para utilização nos termos pactuados na CIB.

Art.31 Determinar à Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS a adoção de medidas necessárias ao cumprimento do disposto nesta Portaria submetendo-as, quando couber, à apreciação da CIT.

Art.32 Revogar a Portaria nº. 1.399/GM, de 15 de dezembro de 1999, publicada no DOU nº 240-E, Seção I, pág. 21, de 16 de dezembro de 1999, e a Portaria nº 1.147/GM, de 20 de junho de 2002, publicada no DOU nº 118, Seção 1, pág. 159, de 21 de junho de 2002.

Art.33 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Humberto Costa

Resolução CFM nº 1.779/2005

(Publicada no D.O.U., 05 dez 2005, Seção I, p. 121)

Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e considerando o que consta nos artigos do Código de Ética Médica:

Art.14 O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

É vedado ao médico:

Art.39 Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art.44 Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente.

Art.110 Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda a verdade.

Art.112 Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Art.114 Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art.115 Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta”;

Considerando que Declaração de Óbito é parte integrante da assistência médica;

Considerando a Declaração de Óbito como fonte imprescindível de dados epidemiológicos;

Considerando que a morte natural tem como causa a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que diretamente causaram o óbito;

Considerando que a morte não-natural é aquela que sobrevém em decorrência de causas externas violentas;

Considerando a necessidade de regulamentar a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito;

Considerando finalmente, o decidido em sessão plenária realizada em 11 de novembro de 2005.

RESOLVE:

Art.1º O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte.

Art.2º Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão as seguintes normas:

1) Morte natural:

I. Morte sem assistência médica:

a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos (SVO):

A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do SVO;

b) Nas localidades sem SVO :

A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; na sua ausência, por qualquer médico da localidade.

II. Morte com assistência médica:

a) A Declaração de Óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente.

b) A Declaração de Óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua falta por médico substituto pertencente à instituição.

c) A declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO;

d) A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime domiciliar (Programa Saúde da Família, internação domiciliar e outros) deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou pelo SVO, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente.

2) Morte fetal:

Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20

semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.

3) Mortes violentas ou não naturais:

A Declaração de Óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais. Parágrafo único. Nas localidades onde existir apenas 1 (um) médico, este é o responsável pelo fornecimento da Declaração de Óbito.

Art.3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM nº 1.601/00.

Brasília-DF, 11 de novembro de 2005

Edson de Oliveira Andrade

Lívia Barros garção

Portaria nº 1.405 de 29 de Junho de 2006

Institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e Considerando a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1779, de 5 de dezembro 2005, que regulamenta a responsabilidade médica na emissão da Declaração de Óbito;

Considerando a exigência legal da Certidão de Óbito para a inumação de todos os indivíduos falecidos, independentemente da causa;

Considerando que é necessária a emissão da Declaração de Óbito para a emissão da Certidão de Óbito pelos cartórios do registro civil;

Considerando que os institutos médicos legais são instituições legalmente capacitadas e habilitadas para a elucidação dos casos de morte decorrentes de causas externas;

Considerando a importância epidemiológica do esclarecimento da causa mortis de todos os óbitos, inclusive os casos de morte natural com ou sem assistência médica, sem elucidação diagnóstica, para a definição e implementação de políticas de saúde e fidelidade estatística do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM);

Considerando a necessidade da implantação de Serviços de Verificação de Óbitos e Esclarecimento da Causa Mortis, em todas as capitais de estado e no Distrito Federal, e em municípios de maior porte, bem como o cadastramento e a regulamentação dos serviços já existentes;

Considerando a importância de elucidar rapidamente a causa mortis em eventos relacionados a doenças transmissíveis, em especial aqueles sob investigação epidemiológica, com a finalidade de implementar medidas oportunas de vigilância e controle de doenças;

Considerando a necessidade de garantir à população acesso a serviços especializados de verificação da causa mortis decorrente de morte natural, com a conseqüente agilidade na liberação da Declaração de Óbito;

Considerando que as três esferas de governo - federal, estadual e municipal - são responsáveis pela gestão e financiamento do SUS, de forma articulada e solidária;

Considerando a necessidade de incentivar, inclusive com recursos financeiros para custeio, os gestores estaduais e municipais a investirem na constituição de novos serviços e na manutenção dos já existentes; e

Considerando a deliberação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do dia 16 de fevereiro de 2006.

RESOLVE:

Art.1º Instituir a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO), integrante do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e formada por serviços existentes e a serem criados, desde que cumpram as condições previstas nesta Portaria, mediante termo de adesão.

§ 1º Os SVO integrarão uma rede pública, preferencialmente subordinada à área responsável pelas ações de vigilância epidemiológica, sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde (SES).

§ 2º A SES poderá celebrar acordo ou convênio com instituição pública de ensino superior, instituições filantrópicas, Secretaria de Segurança Pública ou equivalente para a operacionalização dos SVO.

§ 3º As Secretarias Municipais de Saúde poderão ser gestoras e/ou gerentes dos SVO integrantes da rede e localizados em seu território, mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Art.2º Estabelecer que a Rede Nacional de SVO seja constituída de forma progressiva por 74 (setenta e quatro) serviços distribuídos por unidade federada e classificados em Portes, conforme o disposto no Anexo I, atendendo aos seguintes critérios:

I - Para as UF com população inferior ou igual a 3 milhões de habitantes, está assegurada a possibilidade de adesão de apenas um serviço, preferencialmente de Porte III.

II - Para as UF com população superior a 3 milhões de habitantes está assegurada a possibilidade de adesão de um serviço, preferencialmente de Porte III, e mais serviço(s) de Porte I ou II, em número e porte estabelecidos conforme critérios informados nas alíneas abaixo:

a) para cada excedente populacional de 3 milhões de habitantes poderá ser solicitada a adesão de mais um serviço de Porte II;

b) para cada excedente populacional inferior a 3 milhões de habitantes, maior que 1 milhão e quinhentos mil habitantes, poderá ser solicitada a adesão de um serviço de Porte II; e

c) para cada excedente populacional inferior a 3 milhões de habitantes, menor ou igual a 1 milhão e quinhentos mil habitantes, poderá ser solicitada a adesão de um serviço de Porte I.

III - Os serviços serão definidos em Portes conforme o atendimento às condições apresentadas nos Anexos II, III e IV a esta Portaria, que deverão ser observadas, para fins de adesão à Rede, tanto pelos serviços existentes quanto por aqueles a serem criados.

IV - As UF que não possuam serviços que atendam às condições definidas nos Anexos II, III e IV, para solicitar adesão de serviços de Porte III, no primeiro ano, poderão credenciar-se nos Portes I ou II, e posteriormente solicitar alteração nas condições de adesão.

V - Os serviços de Porte III, nos estados que disponham de mais de um SVO, além de suas atribuições regulares, deverão exercer a função de referência para apoio, diagnóstico e treinamento de pessoal aos serviços de Portes I e II da UF.

Art.3º O Ministério da Saúde apoiará financeiramente os estados, o Distrito Federal e os municípios para a implantação e o custeio dos SVO, de acordo com sua disponibilidade orçamentária.

Parágrafo único. O cronograma de repasses de recursos financeiros destinados ao custeio de serviços integrados à Rede de SVO para os anos subseqüentes serão pactuados na última reunião da CIT do ano anterior a cada um desses anos, tendo como base uma avaliação do impacto da rede implantada e a eventual proposição de ajustes neste cronograma e respectivo orçamento.

Art.4º A implantação da rede de SVO ocorrerá nos próximos quatro anos e o Ministério da Saúde repassará recursos financeiros de incentivo para custeio dos SVO, de acordo com o seguinte cronograma:

I - durante o exercício de 2006, o início do repasse do incentivo financeiro será instituído prioritariamente para o custeio de 15 serviços de Porte III, preferencialmente para os SVO já existentes nas capitais;

II - a partir do exercício de 2007, o incentivo financeiro mensal regular será ampliado prioritariamente para os 12 estados não-contemplados no primeiro ano, que venham a implantar serviços, preferencialmente de Porte III, em suas capitais, ressalvadas as condições definidas no parágrafo único do artigo 3º; e

III - para os exercícios de 2008 e 2009, o Ministério da Saúde deverá prever recursos orçamentários para o repasse do incentivo financeiro necessário ao custeio dos 47 SVOs restantes para compor a rede proposta no Anexo I, ressalvadas as condições definidas no parágrafo único do artigo 3º.

Art.5º Instituir o Fator de Incentivo para os Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis.

§ 1º O Fator de Incentivo será transferido mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde, de forma regular e automática, diretamente para o Fundo Estadual de Saúde ou o Fundo Municipal de Saúde, de acordo com o pactuado na CIB, como componente do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS).

§ 2º O valor do Fator de Incentivo variará de acordo com o Porte do Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis, conforme se apresenta no Anexo V a esta Portaria.

§ 3º Os estados com população superior a 10 milhões de habitantes, que expandirem o horário do plantão técnico do serviço de Porte III para 24 horas, contarão com um incentivo adicional no valor de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) mensais para suplementar o custeio previsto no Anexo V.

§ 4º O Fator de Incentivo será pago em dobro no primeiro mês de adesão, com o objetivo de apoiar o custeio das despesas de implantação da atividade.

Art.6º A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) acompanhará a implantação e a execução dos serviços dos SVO de forma a garantir a qualidade das ações e serviços prestados para fins de recebimento do Fator de Incentivo.

§ 1º A regularidade do cumprimento das obrigações por parte dos SVO é condição para a continuidade do repasse do Fator de Incentivo.

§ 2º O serviço que não atender aos requisitos desta Portaria, no prazo estabelecido, poderá perder a qualificação e deixar de receber o Fator de Incentivo, desde que não apresente justificativa válida para o não-cumprimento ou promova as adequações necessárias.

Art.7º Estabelecer que para fins de repasse do incentivo financeiro, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) cadastre, como integrantes da rede, os serviços indicados pela Secretaria de Estado de Saúde (SES), após pactuação na CIB, até o número máximo definido por UF, no Anexo I.

Parágrafo único. Para cumprimento do disposto neste artigo, a SES deverá encaminhar à SVS uma proposta de constituição da rede estadual de SVO, contendo:

- I - Cadastro de todos os serviços existentes no estado e no Distrito Federal;
- II - Pactuação na CIB dos serviços que integrarão a Rede; e
- III - Fluxos e atribuições dos serviços dentro desta Rede,

Art.8º Os SVO serão implantados, organizados e capacitados para executarem as seguintes funções:

I - Realizar necropsias de pessoas falecidas de morte natural sem ou com assistência médica (sem elucidação diagnóstica), inclusive os casos encaminhadas pelo Instituto Médico Legal (IML);

II - Transferir ao IML os casos:

- a) Confirmados ou suspeitos de morte por causas externas, verificados antes ou no decorrer da necropsia;
- b) Em estado avançado de decomposição; e
- c) De morte natural de identidade desconhecida;

III - Comunicar ao órgão municipal competente os casos de corpos de indigentes e/ou não-reclamados, após a realização da necropsia, para que seja efetuado o registro do óbito (no prazo determinado em lei) e o sepultamento;

IV - proceder às devidas notificações aos órgãos municipais e estaduais de epidemiologia;

V - garantir a emissão das declarações de óbito dos cadáveres examinados no serviço, por profissionais da instituição ou contratados para este fim, em suas instalações;

VI - encaminhar, mensalmente, ao gestor da informação de mortalidade local (gestor do Sistema de Informação sobre Mortalidade):

- a) Lista de necropsias realizadas;
- b) Cópias das Declarações de Óbito emitidas na instituição; e
- c) Atualização da informação da(s) causa(s) do óbito por ocasião do seu esclarecimento, quando este só ocorrer após a emissão deste documento.

Parágrafo único. O SVO deve conceder absoluta prioridade ao esclarecimento da causa mortis de casos de interesse da vigilância epidemiológica e óbitos suspeitos de causa de notificação compulsória ou de agravo inusitado à saúde.

Art.9º Os SVO, independentemente de seu Porte, deverão obrigatoriamente:

I - Funcionar de modo ininterrupto e diariamente, para a recepção de corpos;

II - Atender à legislação sanitária vigente;

III - Adotar as medidas de biossegurança pertinentes para garantir a saúde dos trabalhadores e usuários do serviço; e

IV - Contar com serviço próprio de remoção de cadáver ou com um serviço de remoção contratado ou conveniado com outro ente público, devidamente organizado, para viabilizar o fluxo e o cumprimento das competências do serviço.

Art.10 A área de abrangência de um determinado SVO deve ser pactuada na CIB, podendo ser definida como um grupo de municípios de uma região ou apenas um único município, considerando como parâmetro para definir a área de abrangência o Plano Diretor de Regionalização do Estado.

Art.11 Determinar que a responsabilidade técnica do SVO seja da competência de um médico regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina do Estado onde o SVO for instalado.

§ 1º Caberá ao médico do SVO o fornecimento da Declaração de Óbito nas necropsias a que proceder.

§ 2º Os exames necroscópicos só poderão ser realizados nas dependências dos SVO, por médico patologista, preferencialmente com especialidade registrada no Conselho Regional de Medicina do Estado onde o serviço estiver instalado.

§ 3º No caso de estados com comprovada carência de patologistas, o SVO poderá ser habilitado provisoriamente sem o cumprimento do disposto no parágrafo anterior, desde que a SES apresente proposta para o desenvolvimento de políticas para ampliar esta disponibilidade.

§ 4º Os exames histopatológicos, hematológicos, bioquímicos, de microbiologia, toxicológicos, sorológicos e imuno-histoquímicos, poderão ser realizados fora das dependências dos SVO, em laboratórios públicos ou privados, legalmente registrados no órgão de vigilância sanitária competente e nos conselhos regionais de profissionais do respectivo estado.

§ 5º Nos casos previstos no parágrafo anterior, o laboratório estará submetido às normas técnicas e éticas vigentes na administração pública da saúde, com destaque para o necessário sigilo, bem como daquelas que forem especificamente definidas pela SES para cada caso.

Art.12 Instituir Comissão de Implantação e Acompanhamento da Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis, a ser composta por técnicos e gestores do SUS, incluindo representação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).
Parágrafo único. A Comissão de que trata o caput deste artigo será designada por portaria do Secretário de Vigilância em Saúde.

Art.13 Compete à Secretaria de Vigilância em Saúde a adoção das medidas e procedimentos necessários para o pleno funcionamento e efetividade do disposto nesta Portaria.

Art.14 As despesas previstas nesta Portaria onerarão recursos orçamentários do Ministério da Saúde.

Art.15 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de junho de 2006.

Arionaldo Bomfim Rosendo

ANEXO I

DISTRIBUIÇÃO DOS SVO POR UF, SEGUNDO PORTE

Estado	Porte do SVO				População residente na UF (*)
	Porte I	Porte II	Porte III	Total	
Roraima	-	-	1	1	381.896
Amapá	-	-	1	1	547.400
Acre	-	-	1	1	620.634
Tocantins	-	-	1	1	1.262.644
Rondônia	-	-	1	1	1.562.085
Sergipe	-	-	1	1	1.934.596
Mato Grosso do Sul	-	-	1	1	2.230.702
Distrito Federal	-	-	1	1	2.282.049
Rio Grande do Norte	-	-	1	1	2.962.107
Piauí	-	-	1	1	2.977.259
Alagoas	-	-	1	1	2.980.910
Mato Grosso	-	-	1	1	2.749.145
Amazonas	1	-	1	2	3.148.420
Espírito Santo	1	-	1	2	3.352.024
Paraíba	1	-	1	2	3.568.350
Goiás	-	1	1	2	5.508.245
Santa Catarina	-	1	1	2	5.774.178
Maranhão	1	1	1	3	6.021.504
Pará	1	1	1	3	6.850.181
Ceará	1	1	1	3	7.976.563
Pernambuco	-	2	1	3	8.323.911
Paraná	1	2	1	4	10.135.388
Rio Grande do Sul	-	3	1	4	10.726.063
Bahia	-	4	1	5	13.682.074
Rio de Janeiro	1	4	1	6	15.203.750
Minas Gerais	1	5	1	7	18.993.720
São Paulo	1	12	1	14	39.825.226
Total	10	37	27	74	181.581.024

(*) População por estado estimada pelo IBGE para 2004.

ANEXO II

Critérios para Classificação - Porte I

SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO E ESCLARECIMENTO DA CAUSA MORTIS

1. Para que o Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis seja habilitado, deverá atender às seguintes condições:

- I - Apresentar Carta de Adesão (Anexo VI) assinado pelo Secretário de Saúde do Estado, do Município ou do Distrito Federal;
- II - Apresentar ato formal de criação do Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis;
- III - Comprovar disponibilidade de área física com instalações e tecnologias necessárias, inclusive computador conectado à internet;
- IV - Dispor de uma equipe para o SVO, composta por, no mínimo:

- a) Auxiliar Administrativo (*);
- b) Auxiliar de Serviços Gerais (*);
- c) Médico Patologista (**);
- d) Técnico de Necropsia (**);
- e) Histotécnico (***) e

(*) Ao menos um durante todo o horário de funcionamento.

(**) Ao menos um durante todo o horário de funcionamento do plantão técnico.

(***) Dispensável caso o serviço não realize os exames histopatológicos em suas dependências.

V - Manter grade de horário para funcionamento de seus plantões técnico e administrativo, conforme descrito:

Atividade	Porte I
Recepção de corpos (plantão administrativo)	0-24h
Plantão técnico (*)	7-19h

(*) Médico patologista, Técnico e Auxiliar de Necropsia.

2. Competências:

O Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis desenvolverá o conjunto de ações descritas abaixo, que visam ao esclarecimento da causa de óbito, além da detecção e investigação de qualquer agravo suspeito ou confirmado de doença de notificação compulsória atendido no hospital, utilizando para isso as normas de vigilância epidemiológica nacionais, estaduais e municipais:

Procedimentos/Atividades	Porte I
Exame anátomo-patológico macroscópico	X
Exame histopatológico básico	X(*)
Exame hematológico	X(*)
Exame bioquímico	X(*)
Laboratório de microbiologia	X(*)
Sorológicos	X(*)

(*) Procedimento realizado no local ou contratado.

ANEXO III

Critérios para Classificação - Porte II

SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO E ESCLARECIMENTO DA CAUSA MORTIS

1. Para que o Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis seja habilitado, deverá atender às seguintes condições:

- I - Apresentar Carta de Adesão (Anexo VI) assinada pelo Secretário de Saúde do Estado ou do Município ou do Distrito Federal;
- II - Apresentar ato formal de criação do Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis;
- III - Comprovar disponibilidade de área física com instalações e tecnologias necessárias, inclusive computador conectado à internet; e
- IV - Dispor de uma equipe para o SVO, composta por, no mínimo:
 - a) Auxiliar Administrativo (*);
 - b) Auxiliar de Serviços Gerais (*);
 - c) Médico Patologista (**);
 - d) Técnico de Necropsia (**);
 - e) Histotécnico (***);
 - f) Assistente Social (**);

(*) Ao menos um durante todo o horário de funcionamento.

(**) Ao menos um durante todo o horário de funcionamento do plantão técnico.

(***) Dispensável caso o serviço não realize os exames histopatológicos em suas dependências.

V - Manter grade de horário para funcionamento de seus plantões técnico e administrativo, conforme descrito:

Atividade	Porte I
Recepção de corpos (plantão administrativo)	0-24h
Plantão técnico (*)	7-23h

(*) Médico Patologista, Técnico e Auxiliar de Necropsia.

2. Competências:

O Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis desenvolverá o conjunto de ações descritas abaixo e que visam ao esclarecimento da causa de óbito, além da detecção e investigação de qualquer agravo suspeito ou confirmado de doença de notificação compulsória atendido no hospital, utilizando para isso as normas de vigilância epidemiológica nacionais, estaduais e municipais:

Procedimentos/Atividades	Porte II
Exame anátomo-patológico macroscópico	X
Exame histopatológico básico	X(*)
Exame hematológico	X(*)
Exame bioquímico	X(*)
Laboratório de microbiologia	X(*)
Imuno-histoquímico	X(*)
Sorológicos	X(*)

(*) Procedimento realizado no local ou contratado

ANEXO IV

Critérios para Classificação - Porte III

SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO E ESCLARECIMENTO DA CAUSA MORTIS

1. Para que o Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis seja habilitado, deverá atender às seguintes condições:

- I - apresentar Carta de Adesão (Anexo VI) assinada pelo Secretário de Saúde do Estado ou do Município ou do Distrito Federal;
- II - apresentar ato formal de criação do Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis;
- III - comprovar disponibilidade de área física com instalações e tecnologias necessárias, inclusive computador conectado à internet; e
- IV - dispor de uma equipe para o SVO, composta por, no mínimo:

Categoria profissional	Porte III
Auxiliar Administrativo (*)	1
Auxiliar de Serviços Gerais (*)	1
Médico Patologista (**)	2
Técnico de Necropsia (**)	1
Auxiliar de Necropsia (**)	1
Histotécnico 40h semanais (***)	1
Assistente Social (**)	1

(*) Ao menos um durante todo o horário de funcionamento

(**) Ao menos um durante todo o horário de funcionamento do plantão técnico

(***) Dispensável caso o serviço não realize os exames histopatológicos em suas dependências.

V - Manter grade de horário para funcionamento de seus plantões técnico e administrativo, conforme descrito:

Atividade	Porte III
Recepção de corpos (plantão administrativo)	0-24h
Plantão técnico (*)	7-23h (**)

(*) Médico Patologista, Técnico e Auxiliar de Necropsia.

(**) O SVO Porte III de UF com mais de 10.000.000 de habitantes, cuja gestão receba o incentivo adicional de que trata o § 3º do artigo 5º desta Portaria, deverá manter plantão técnico de 24 horas.

2. Competências:

O Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis desenvolverá o conjunto de ações descritas abaixo e que visam ao esclarecimento da causa de óbito, além da detecção e investigação de qualquer agravo suspeito ou confirmado de doença de notificação compulsória atendido no hospital, utilizando para isso as normas de vigilância epidemiológica nacionais, estaduais e municipais:

Procedimentos/Atividades	Porte III
Exame anátomo-patológico macroscópico	X
Exame histopatológico básico	X(*)
Exame hematológico	X(*)
Exame bioquímico	X(*)
Laboratório de microbiologia	X(*)

Laboratório de toxicologia, com os seguintes procedimentos mínimos: - análise de álcool em amostras biológicas, e - análise qualitativa de drogas (triagem)	X(**)
Imuno-histoquímico	X(**)
Sorológicos	X(*)
Capacidade para oferecer treinamento	X(**)

(*) Procedimento realizado no local ou contratado.

(**) Procedimento realizado no local ou contratado, e disponível para os demais SVO do estado.

ANEXO V

Valor Mensal do Incentivo Segundo o Porte do SVO

Porte	Valor mensal R\$
I	20.000,00
II	30.000,00
III (*)	35.000,00

(*) O SVO de Porte III com mais de 10 milhões de habitantes poderá receber o incentivo adicional de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais), de que trata o § 3º do artigo 5º desta Portaria, e deverá manter plantão técnico de 24 horas.

ANEXO VI

Carta de Adesão

Cada Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis deve ser encaminhado por ofício assinado pelo gestor correspondente (Secretário de Saúde do Estado, do Município ou do Distrito Federal) e em papel timbrado, conforme modelo abaixo:

(TIMBRE)

Identificação do Gestor (Secretaria Estadual ou Municipal de XXXXX)

Local e data _____, _____ de _____ de 2006.

Endereçado a:

À Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS
Departamento de Análise de Situação de Saúde - DASIS
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede
do Ministério da Saúde, sobreloja, sala 148
CEP: 70058-900 Brasília - DF

Senhor Diretor,

Vimos oficializar o compromisso do Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis de _____ (identificar o Serviço), em participar da Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO), integrando o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Ao mesmo tempo, declaramos que o referido Serviço cumpre os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Para tanto, enviamos a documentação necessária, que habilitará o referido Serviço ao credenciamento como Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO) no Porte _____, com as obrigações e vantagens que advêm desta condição.

Atenciosamente,

Assinatura do gestor correspondente
(Secretário de Saúde do Estado, do Município ou do Distrito Federal)

Portaria nº 204/GM de 29 de Janeiro de 2007

Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, que trata do repasse de recursos federais de saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios;

Considerando o Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, que trata da comprovação da aplicação de recursos transferidos aos Estados e aos Municípios;

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006;

Considerando a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando a necessidade, de qualificar o processo de descentralização, organização e gestão das ações e serviços do SUS, assim como de fortalecer seus compromissos e responsabilidades sanitárias, com base no processo de pactuação intergestores;

Considerando a responsabilidade conjunta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios pelo financiamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando a necessidade de fortalecer mecanismos gerenciais que permitam ao gestor um melhor acompanhamento das ações de saúde realizadas no âmbito do SUS,

RESOLVE:

Art.1º Regular o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

CAPÍTULO I

Das Disposições Gerais

Art.2º O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

Art.3º Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento.

Parágrafo único. Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados.

Art.4º Estabelecer os seguintes blocos de financiamento:

I - Atenção Básica;

II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

III - Vigilância em Saúde;

IV - Assistência Farmacêutica; e

V - Gestão do SUS.

Art.5º Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento serão transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos.

§ 1º Os recursos federais provenientes de acordos de empréstimos internacionais serão transferidos conforme seus atos normativos, devendo ser movimentados conforme legislação em conta bancária específica, respeitadas as normas estabelecidas em cada acordo firmado.

§ 2º Os recursos do bloco da Assistência Farmacêutica devem ser movimentados em contas específicas para cada componente relativo ao bloco.

Art.6º Os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco.

§ 1º Aos recursos relativos às unidades públicas próprias não se aplicam as restrições previstas no caput deste artigo.

§ 2º Os recursos referentes aos blocos da Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde e de Gestão do SUS, devem ser utilizados considerando que fica vedada a utilização desse para pagamento de:

I - Servidores inativos;

II - Servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;

III - Gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;

IV - Pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado; e

V - Obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

§ 3º Os recursos do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica devem ser aplicados, exclusivamente, nas ações definidas para cada componente do bloco.

§ 4º A possibilidade de remanejamento dos recursos entre os blocos será regulamentada em portaria específica no prazo de 90 (noventa) dias.

Art.7º Aos recursos de que tratam os componentes dos blocos de financiamento poderão ser acrescidos de recursos específicos, para atender a situações emergenciais ou inusitadas de riscos sanitários e epidemiológicos, devendo ser aplicados, exclusivamente, em conformidade com o respectivo ato normativo.

Art.8º Os recursos que compõem cada bloco de financiamento poderão ser acrescidos de valores específicos, conforme respectiva pactuação na Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

CAPÍTULO II

Dos Blocos de Financiamento

SEÇÃO I

Do Bloco de Atenção Básica

Art.9º O bloco da Atenção Básica é constituído por dois componentes:

- I- Componente Piso da Atenção Básica Fixo – PAB Fixo; e
- II - Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável.

Art.10 O Componente Piso da Atenção Básica – PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios.

Parágrafo único. Os recursos do incentivo à descentralização de unidades de saúde da Funasa, incorporados ao Componente PAB Fixo, podem ser aplicados no financiamento dessas unidades.

Art.11 O Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como:

- I - Saúde da Família;
- II - Agentes Comunitários de Saúde;
- III - Saúde Bucal;
- IV - Compensação de Especificidades Regionais;

- V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;
- VI - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;
- VII - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e
- VIII - Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

§ 1º Os recursos do Componente PAB Variável serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde.

§ 2º Os recursos destinados à estratégia de Compensação de Especificidades Regionais correspondem a 5% do valor mínimo do PAB Fixo multiplicado pela população do Estado.

§ 3º Os critérios de aplicação dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais devem ser pactuados nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB e levados ao conhecimento do plenário da CIT, devendo atender a especificidades estaduais e transferidos mediante ato normativo específico do Ministério da Saúde.

§ 4º Os recursos federais referentes aos incentivos para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, poderão ser transferidos ao Distrito Federal, aos Estados e aos Municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

§ 5º Os recursos do Componente PAB Variável correspondentes atualmente às ações de assistência farmacêutica e de vigilância sanitária passam a integrar o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica e o da Vigilância em Saúde, respectivamente.

Art.12 O detalhamento do financiamento referente ao bloco da Atenção Básica está definido nas Portarias GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, nº 649, de 28 de março de 2006, nº 650, de 28 de março de 2006, nº 822, de 17 de abril de 2006, nº 847, de 2 de junho de 2005, na Portaria SAS/MS nº 340, de 14 de julho de 2004, na Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003 e na Portaria Interministerial nº 1.426, de 14 de julho de 2004.

SEÇÃO II

Do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

Art.13 O bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar será constituído por dois componentes:

- I - Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC; e
- II - Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art.14 O Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios será destinado ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente.

§ 1º Os incentivos do Componente Limite Financeiro MAC incluem aqueles atualmente designados:

- I - Centro de Especialidades Odontológicas - CEO;
- II - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU;
- III - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
- IV - Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos;
- V - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS;
- VII - Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena – IAPI;
- VII - Incentivo de Integração do SUS – INTEGRASUS; e
- VIII - Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo.

§ 2º Os recursos federais de que trata este artigo, serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada, publicada em ato normativo específico.

Art.15 Os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, atualmente financiados pelo FAEC, serão gradativamente incorporados ao Componente Limite Financeiro MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e devem ser publicados em portarias específicas, conforme cronograma e critérios a serem pactuados na CIT.
Parágrafo único. Enquanto o procedimento não for incorporado ao componente Limite financeiro MAC, este será financiado pelo Componente FAEC.

Art.16 O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC , considerando o disposto no artigo 15, será composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens:

- I - Procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC;
- II - Transplantes e procedimentos vinculados;
- III - Ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo pré-definido; e
- IV - Novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC.

§ 1º Projetos de Cirurgia Eletiva de Média Complexidade são financiados por meio do Componente FAEC, classificados no inciso III do caput deste artigo.

Art.17 Os procedimentos da atenção básica, atualmente financiados pelo FAEC, serão incorporados ao bloco de Atenção Básica dos Municípios e do Distrito Federal, conforme o cronograma previsto no artigo 15 desta Portaria:

- I - 0705101-8 Coleta de material para exames citopatológicos;
- II - 0705103-4 Coleta de sangue para triagem neonatal;
- III - 0707102-7 Adesão ao componente I – Incentivo à Assistência pré-natal; e
- IV - 0707103-5 Conclusão da Assistência Pré-natal.

SEÇÃO III

Do Bloco de Vigilância em Saúde

Art.18 Os recursos que compõem o Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde dos Municípios, do Distrito Federal e dos Estados representam o agrupamento das ações da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e Vigilância Sanitária.

Art.19 O bloco de inanciamento para a Vigilância em Saúde é constituído por dois componentes:

- I - Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde; e
- II - Componente da Vigilância Sanitária.

§ 1º Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente.

§ 2º Os recursos deste bloco de financiamento devem ser utilizados conforme a Programação Pactuada e Integrada e a orientação do respectivo Plano de Saúde.

Art.20 O Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças, composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS e também pelos seguintes incentivos:

- I - Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;
- II - Laboratórios de Saúde Pública;
- III - Atividade de Promoção à Saúde;
- IV - Registro de Câncer de Base Populacional;
- V - Serviço de Verificação de Óbito;
- VI - Campanhas de Vacinação;
- VII - Monitoramento de Resistência a Inseticidas para o *Aedes aegypti*;
- VIII - Contratação dos Agentes de Campo;
- IX - DST/Aids; e
- X - Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

§ 1º Os recursos federais destinados à contratação de pessoal para execução de atividades de campo no combate ao vetor transmissor da dengue serão alocados ao Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, na medida em que se comprove a efetiva contratação dos agentes de campo.

§ 2º Serão incorporados ao item II deste artigo - Laboratórios de Saúde Pública, os recursos da Vigilância Sanitária destinados a ações de apoio laboratorial.

Art.21 No Componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde também estão incluídos recursos federais, provenientes de acordos internacionais, destinados às seguintes finalidades:

- I - fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios (VIGISUS II); e
- II - Programa DST/AIDS.

Art.22 O Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, denominado Teto Financeiro de Vigilância Sanitária – TFBVISA, o qual será regulamentado em portaria específica a ser publicada pelo Ministério da Saúde.

Art.23 O detalhamento do financiamento referente ao bloco da Vigilância em Saúde está definido na Portaria nº 1.172/GM, de 15 de junho de 2004, na Portaria nº 2.529/GM, de 23 de novembro de 2004, na Portaria nº 2.607/GM, de 28 de dezembro de 2005, na Portaria nº 2.608/GM, de 28 de dezembro de 2005 e na Portaria nº 2.606/GM, de 28 de dezembro de 2005.

SEÇÃO IV

Do Bloco de Assistência Farmacêutica

Art.24 O bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica será constituído por três componentes:

- I - Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
- II - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e
- III - Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

Art.25 O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da atenção básica.

§ 1º O Componente Básico da Assistência Farmacêutica é composto de uma Parte Financeira Fixa e de uma Parte Financeira Variável.

§ 2º A Parte Financeira Fixa do Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em um valor per capita, destinado à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica em atenção básica, transferido aos Estados, ao Distrito Federal e (ou) Municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB.

§ 3º Os gestores estaduais e municipais devem compor o financiamento da Parte Fixa do Componente Básico, como contrapartida, em recursos financeiros, medicamentos ou insumos, conforme pactuação na CIB e normatização da Política de Assistência Farmacêutica vigente.

§ 4º A Parte Financeira Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em valores per capita, destinados à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo.

§ 5º Os recursos da Parte Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica referentes a medicamentos para os Programas de Asma e Rinite, Hipertensão e Diabetes, devem ser descentralizados para Estados, Distrito Federal ou Municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite.

§ 6º Os demais recursos da Parte Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica poderão ser executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde ou descentralizados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite e, posteriormente, nas Comissões Intergestores Bipartite, mediante a implementação e a organização dos serviços previstos nesses programas.

§ 7º Os recursos destinados ao medicamento Insulina Humana, do grupo de medicamentos do Programa Hipertensão e Diabetes, serão executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde, conforme pactuação na CIT.

Art.26 O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos:

- I - controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
- II - anti-retrovirais do programa DST/Aids;
- III - sangue e hemoderivados; e
- IV - imunobiológicos.

Art.27 O Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional – CMDE destina-se ao financiamento de Medicamentos de Dispensação Excepcional, para aquisição e distribuição do grupo de medicamentos, conforme critérios estabelecidos em portaria específica.

§ 1º O financiamento para aquisição dos medicamentos do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional é de responsabilidade do Ministério da Saúde e dos Estados, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

§ 2º Os recursos do Ministério da Saúde aplicados no financiamento do CMDE terão como base a emissão e aprovação das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Alto Custo – APAC, emitidas pelos gestores estaduais, vinculadas à efetiva dispensação do medicamento e de acordo com os critérios técnicos definidos na Portaria nº 2.577/GM, de 27 de outubro de 2006.

§ 3º Trimestralmente, o Ministério da Saúde publicará portaria com os valores a serem transferidos mensalmente às Secretarias Estaduais de Saúde, apurados com base na média trimestral das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Alto Custo – APAC, emitidas e aprovadas conforme critérios e valores de referência indicados para o Grupo 36 da Tabela SIA/SUS.

SEÇÃO V

Do Bloco de Gestão do SUS

Art.28 O bloco de financiamento de Gestão do SUS tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema.

Art.29 O bloco de financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes:

- I - Componente para a Qualificação da Gestão do SUS; e
 - II - Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde;
- Parágrafo único. O detalhamento do financiamento das ações referentes a esses componentes, para 2007, encontra-se no Anexo II a esta Portaria.

Art.30 O Componente para a Qualificação da Gestão do SUS apoiará as ações de:

- I - Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento;
- II - Planejamento e Orçamento;
- III - Programação;

- IV - Regionalização;
- V - Gestão do Trabalho;
- VI - Educação em Saúde;
- VII - Incentivo à Participação e Controle Social;
- VIII – Informação e Informática em Saúde;
- IX - Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica;
- X - outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

§ 1º A transferência dos recursos no âmbito deste Componente dar-se-á mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão e respeitados os critérios estabelecidos em ato normativo específico e no Anexo II a esta Portaria, com incentivo específico para cada ação que integra o Componente.

Art.31 O Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde inclui os incentivos atualmente designados:

- I - Implantação de Centros de Atenção Psicossocial;
- II - Qualificação de Centros de Atenção Psicossocial;
- III - Implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental;
- IV - Fomento para ações de redução de danos em CAPS AD;
- V - Inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- VI - Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO;
- VII - Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;
- VIII - Reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase;
- IX - Implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;
- X - Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; e
- XI - Outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.

Parágrafo único. A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica.

CAPÍTULO III

Do Monitoramento e Controle dos Recursos Financeiros Transferidos Fundo a Fundo

Art.32 A comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, far-se-á para o Ministério da Saúde, mediante relatório de gestão, que deve ser elaborado anualmente e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

§ 1º A regulamentação do Relatório de Gestão encontra-se na Portaria nº 3.332/GM, de 28 de dezembro de 2006.

§ 2º A regulamentação do fluxo para a comprovação da aplicação dos recursos fundo a fundo, objeto desta Portaria, será realizada em portaria específica, no prazo de 60 (sessenta) dias.

Art.33 Os órgãos de monitoramento, regulação, controle e avaliação do Ministério da Saúde devem proceder à análise dos relatórios de gestão, com vistas a identificar situações que possam subsidiar a atualização das políticas de saúde, obter informações para a tomada de decisões na sua área de competência e indicar a realização de auditoria e fiscalização pelo componente federal do SNA, podendo ser integrada com os demais componentes.

Art.34 As despesas referentes ao recurso federal transferido fundo a fundo devem ser efetuadas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da Administração Pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento), mantendo a respectiva documentação administrativa e fiscal pelo período mínimo legal exigido.

Art.35 Os recursos que formam cada bloco e seus respectivos componentes, bem como os montantes financeiros transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, devem estar expressos em memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento, respeitada a especificidade de cada bloco conforme modelos constantes no Anexo I (a, b, c, d, e).

Art.36 O controle e acompanhamento das ações e serviços financiados pelos blocos de financiamento devem ser efetuados, por meio dos instrumentos específicos adotados pelo Ministério da Saúde, cabendo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a prestação de informações de forma regular e sistemática, sem prejuízo do estabelecido no artigo 32.

Art.37 As transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para os Estados, Distrito Federal e os Municípios serão suspensas nas seguintes situações:

I - referentes ao bloco da Atenção Básica, quando da falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por dois meses consecutivos ou três meses alternados, no prazo de um ano e para o bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar quando se tratar dos Bancos de Dados Nacionais SIA, SIH e CNES;

II - referentes ao bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, quando do não-pagamento aos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS, excetuando-se as situações excepcionais devidamente justificadas;

III - referentes ao bloco de Vigilância em Saúde, quando os recursos nos estados, no Distrito Federal e nos Municípios estiverem sem movimentação bancária e com saldos correspondentes a seis meses de repasse, sem justificativa;

IV - quando da indicação de suspensão decorrente de relatório da Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do Estado, do Distrito Federal ou do Município envolvido, para o bloco de Financiamento correspondente à ação da Auditoria.

Parágrafo único. A regularização do repasse da parcela mensal do Bloco de Vigilância em Saúde dar-se-á a partir do mês de competência da apresentação dos documentos comprobatórios do comprometimento de pelo menos 60% do saldo existente no bloco.

Art.38 Fica estabelecido o Termo de Ajuste Sanitário – TAS como um instrumento formalizado entre os entes do Sistema Único de Saúde, no qual são constituídas obrigações para a correção de impropriedades no funcionamento do sistema, com o prazo de 60 (sessenta) dias para ser regulamentado.

Parágrafo único. Não será aplicável a utilização do TAS quando for comprovada a malversação de recursos.

Art.39 Os recursos federais referente aos cinco blocos de financiamento onerarão as ações detalhadas no Anexo III a esta Portaria.

Art.40 Esta Portaria altera a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, no Anexo II – Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS - no que se refere:

I - ao bloco de financiamento da Atenção Básica, o item Financiamento das Estratégias que compõem o PAB Variável passa a vigorar com a seguinte redação:

“O Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como:

I - Saúde da Família;

II - Agentes Comunitários de Saúde;

III - Saúde Bucal;

IV - Compensação de Especificidades Regionais;

V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;

VI - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;

VII - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e

VIII - Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.” (NR)

II - ao bloco de financiamento para a Atenção de Média e Alta Complexidade, Ambulatorial e Hospitalar, o item Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, passa a vigorar com a seguinte redação:

“O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, é composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens:

I - Procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC;

II - Transplantes e os procedimentos vinculados;

III - Ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário e implementadas com prazo pré-definido;

IV - novos procedimentos, não-relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC.” (NR);

III - ao bloco de financiamento para a Vigilância à Saúde, o item componente Vigilância Epidemiológica, no que se refere a repasses específicos, passa a vigorar com a seguinte redação:

“No Componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde também estão incluídos recursos federais, provenientes de acordos internacionais, destinados às seguintes finalidades:

I - fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde nos estados, Distrito Federal e municípios (VIGISUS II); e

II - programa DST/Aids.” (NR)

IV - ao bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica, o item Componente Estratégico, passa a vigorar com a seguinte redação:

“O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos:

I - controle de endemias, tais como a Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;

II - Programa DST/Aids (anti-retrovirais);

III - Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados;

IV - Imunobiológicos.” (NR)

V - ao bloco de financiamento da Gestão do SUS, passa a vigorar com a seguinte redação:

“O Bloco de Financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes: Componente para a Qualificação da Gestão do SUS e Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.”.

Art.41 Revogam-se as Portarias GM/MS nº 59, de 16 de janeiro de 1998; nº 531, de 30 de abril de 1999, nº 2.425 de 30 de dezembro de 2002, e nº 698, de 30 de março de 2006.

Art.42 A consonância normativa decorrente da publicação desta Portaria deverá ser realizada no prazo de 120 (cento e vinte) dias.

Art.43 Esta Portaria entra em vigor a partir da competência fevereiro de 2007.

José Agenor Álvares da Silva

ANEXO I – A – BLOCO DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA MEMÓRIAS DE CÁLCULO

UF	Municípios	PAB Fixo	PAB VARIÁVEL							
			Saúde da Família (SF)	Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Saúde Bucal (SB)	Compensação das Especificidades Regionais	Incentivo aos Povos Indígenas	Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário	Atenção Adolescente em conflito com a Lei	Outros

MEMÓRIA DE CÁLCULO DO BLOCO DE ATENÇÃO BÁSICA PARA ESTADOS

UF	PAB VARIÁVEL		
	Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário	Atenção Adolescente em conflito com a Lei	Outros

ANEXO I – B - BLOCO DE FINANCIAMENTO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE MEMÓRIAS DE CÁLCULO

UF	Municípios	BLOCO DA ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DA ASSISTENCIA													
		Componente Limite Financeiro MAC										FAEC			
		Teto MAC	CEO	SAMU	CEREST	FIDEPS	IAPI	INTEGRASUS	Incentivo de contratualização Hospitais de Ensino	Incentivo de contratualização Hospitais de Pequeno Porte	Incentivo de contratualização Hospitais Filantrópicos	Outro	CNRAC	Transplantes	Novos Procedimentos

O Componente FAEC não tem valores fixo, dependendo da produção de serviços.

ANEXO I – C - BLOCO DE FINANCIAMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE MEMÓRIAS DE CÁLCULO

UF	Municípios	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL											VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
		TFVS	NÚCLEO VIG EPIDEMIO HOSPITALAR	SVO	PROMOÇÃO À SAÚDE	RESISTÊNCIA A INSETICIDA	CÂNCER DE BASE POP	LACEN	VIGISUS II	CAMPANHA DE VACINAÇÃO	DST/ AIDS	CONTRATAÇÃO DE AGENTE	TFVISA		TAXAS
													PAB VISA	TAM	

ANEXO I – D - BLOCO DE FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MEMÓRIAS DE CÁLCULO

UF	Municípios	COMPONENTE BÁSICO						
		PARTE FIXA	PARTE VARIÁVEL					
		Incentivo a assistência farmacêutica básica	Hipertensão e Diabetes	Asma e Rinite	Saúde da Mulher	Saúde Mental	Combate ao Tabagismo	Alimentação e Nutrição
COMPONENTE ESTRATÉGICO								
Aquisição centralizada no Ministério da Saúde	Endemias	Anti-retrovirais do Programa DST/Aids	Imunobiológicos	Sangue e Hemoderivados				
ESTADOS	COMPONENTE MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL							
	Medicamentos da Tabela de procedimentos SIA/SUS							

ANEXO I – E - BLOCO DE FINANCIAMENTO DA GESTÃO DO SUS MEMÓRIAS DE CÁLCULO

UF	Municípios	COMPONENTE PARA A QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO SUS								
		Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento	Planejamento e Orçamento	Programação	Regionalização	Gestão do Trabalho	Educação em Saúde	Incentivo à Participação e Controle Social	Informação e Informática em Saúde	Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica

UF	Municípios	COMPONENTE PARA A IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE									
		Implantação de Centros de Atenção Psicossocial	Qualificação de Centros de Atenção Psicossocial	Implantação e Residências Terapêuticas em Saúde Mental	Fomento para ações de redução de danos em CAPS ad	Inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas	Implantação de Centros de Especialidade Odontológicas – CEO	Implantação do serviço de atendimento móvel de Urgência – SAMU	Reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase	Implantação de Centros de Saúde do Trabalhador	Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino

ANEXO II - BLOCO DE FINANCIAMENTO DE GESTÃO DO SUS COMPONENTE DE QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO

AÇÃO	OBJETIVO	MONTANTE DE RECURSO ANUAL - 2007	VALOR DE CADA PARCELA	PARCELA	CRITÉRIOS
Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	Apoiar funcionamento dos Complexos Reguladores	60 milhões		Única	Projeto de Regulação aprovado na CIB
				Mensal	A ser definido em portaria específica
	Apoiar os sistemas estaduais, municipais e do Distrito Federal de Auditoria	860 mil		Única	A ser definido em portaria específica
	Implantar ações de monitoramento e avaliação nos estados e municípios	2 milhões		Anual	A ser definido em portaria específica

AÇÃO	OBJETIVO	MONTANTE DE RECURSO ANUAL - 2007	VALOR DE CADA PARCELA	PARCELA	CRITÉRIOS
Planejamento e Orçamento	Apoiar as áreas de planejamento na implementação do PlanejaSUS	18 milhões		Única	Elaboração e pactuação na CIB de programa de trabalho para organização e/ou reorganização das ações de planejamento, com vistas à efetivação do Sistema de Planejamento do SUS e a consequente formulação dos instrumentos básicos do Planejamento. Conforme Portaria GM/MS nº 3.085, de 01/12/2006
Regionalização	Apoiar o desenvolvimento e manutenção do PDR Apoiar a organização e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional	10 milhões	R\$ 20.000,00 por região de saúde ¹	Anual	Formação de Colegiado de Gestão Regional com reconhecimento pela CIB – Estadual e informação a CIT para conhecimento
	SIS Fronteira	R\$ 15.254.778,00	De acordo com a fase do Projeto	3 vezes	Adesão dos Municípios de até 10 Km da fronteira ao Projeto - Início Fase I.
	Promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira e contribuir para o fortalecimento dos sistemas locais de saúde nos municípios fronteiriços				Conclusão da Fase I e início da Fase II. Início da Fase III Conforme PT/GM nº 1.188 de 5/06/2006 e PT GM/MS nº 1.189 de 5/06/2006
Educação na Saúde	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	35 Milhões	Conforme Portaria específica a ser publicada.	Trimestral	A ser definido em portaria específica
	Formação de Profissionais de Nível Técnico	50 Milhões	Conforme Portaria específica a ser publicada.	Trimestral	A ser definido em portaria específica

AÇÃO	OBJETIVO	MONTANTE DE RECURSO ANUAL - 2007	VALOR DE CADA PARCELA	PARCELA	CRITÉRIOS
Gestão do Trabalho	Fortalecer as áreas de gestão do trabalho e educação na saúde nas SES e SMS.	R\$ 6.356.500,00	Conforme estabelecido nas 4 etapas do componente I do ProgeSUS	Única	Critérios fixados na Portaria GM/MS nº 2261, de 26/09/ 2006
Incentivo à Participação do controle social	Ampliar mobilização dos movimentos sociais em defesa do SUS e da reforma sanitária; Fortalecer o processo de controle social, informatização, educação permanente e monitoramento.	R\$ 11 milhões		Bianual	A ser definido em portaria específica.
Informação e Informática em Saúde	Gestão da Informação - Modelo BVS/Rede BiblioSVS - Política Editorial	2 milhões		Bianual	Projeto aprovado na CIB Realizar ações em pelo menos 1 dos 4 eixos
	- Gestão arquivilógica - Patrimônio cultural da saúde				De acordo com a PT GM/MS nº 1.958 de 16/09/2004
Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica	Estruturar e organizar os serviços e ações de assistência farmacêutica.	R\$ 6 milhões		Anual	A ser definido em portaria específica.

– Os recursos referentes às regiões de saúde intramunicipais serão transferidas aos FMS e aqueles referentes às demais regiões aos FES.

COMPONENTE DE IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

AREA	OBJETIVO	VALOR DE CADA PARCELA	CRITÉRIOS	PORTARIA EXISTENTE
Incentivo à implantação e/ou qualificação de políticas específicas	Implantação de Centros de Atenção Psicossocial	R\$ 20.000,00 (CAPS I) R\$ 30.000,00 (CAPS II e i) R\$ 50.000,00 (CAPS III e ad)	Epidemiológico Populacional	PT GM/MS nº 245/05, de 18/02/2005 PT GM/MS nº 1935/04, de 16/09/2004
	Qualificação de Centros de Atenção Psicossocial	R\$ 10.000,00 em 3 parcelas	Projeto técnico do programa de qualificação dos CAPS De acordo com a Portaria	PT GM/MS nº 1.174/05, de 08/07/2005
	Implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental	R\$ 10.000,00	De acordo com a Portaria	PT GM/MS nº 246/05, de 18/02/2005
	Fomento para ações de redução de danos em CAPS ad	R\$ 50.000,00	Existência de CAPS ad Região Metropolitana	PT GM/MS nº 1.059/05, de 05/07/2005
	Inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas	R\$ 5.000,00 R\$ 10.000,00 R\$ 15.000,00	Existência de geração de renda em curso	PT GM/MS nº 1.169/05, de 08/07/2005
	Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO	R\$ 40.000,00 (CEO I) R\$ 50.000,00 (CEO II) R\$ 80.000,00 (CEO III)	Epidemiológico populacional	PT GM/MS nº 1572, de 29/07/2004 PT GM/MS nº 283, de 22/02/2005 PT GM/MS nº 599, de 23/03/2006 PT GM/MS nº 600, de 23/03/2006
	Implantação do serviço de atendimento móvel de Urgência – SAMU	R\$ 50.000,00 R\$ 100.000,00	De acordo com as Portarias	PT GM/MS nº 1863, de 29/09/2003 PT GM/MS nº 1864, de 29/09/2003 PT GM/MS nº 1828, de 2/09/2004
	Reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase	Variável	De acordo com a Portaria	PT GM/MS nº 585, de 06/04/2004
	Implantação de Centros de Saúde do Trabalhador	R\$ 50.000,00	De acordo com a Portaria	PT GM/MS nº 2437, de 09/12/2005
	Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino	Variável	De acordo com as Portarias	PT GM/MS nº 1702, de 17/08/2004 MEC/MS nº 1006, de 27/04/2004

ANEXO III – CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL PROGRAMÁTICA

BLOCO DE FINANCIAMENTO	CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL PROGRAMÁTICA	DESCRIPTOR
ATENÇÃO BÁSICA	10.301.1214.8577	Atendimento Assistencial básico nos Municípios Brasileiros
	10.301.1214.0589	Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso da Atenção Básica
	10.301.1214.6838	Atenção à Saúde Bucal
	10.301.1214.8573	Expansão e Consolidação da Saúde da Família
	10.301.1312.6177	Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem
	10.302.1312.8527	Serviço de atenção à saúde da população do Sistema Penitenciário Nacional
	10.128.1311.6199	Formação de Profissionais Técnicos de Saúde
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	10.302.1220.8585	Atenção à saúde da população nos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos estados habilitados em Gestão Plena/avançada
	10.301.1214.6838	Atenção à Saúde Bucal
	10.301.1312.6188	Atenção à Saúde do Trabalhador
VIGILANCIA EM SAÚDE Componente: Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde	10.305.1203.0829	Incentivo Financeiro aos estados, municípios e Distrito Federal certificados para Vigilância em Saúde
	10.305.1203.3994	Modernização do Sistema de Vigilância em saúde
	10.302.1306.0214	Incentivo Financeiro aos estados, municípios e Distrito Federal para Ações de Prevenção e Qualificação – HIV/Aids
Componente: Vigilância Sanitária	10.304.1289.0990	Incentivo Financeiro aos municípios e ao Distrito Federal habilitados à parte variável do Piso de Atenção Básica para ações de Vigilância Sanitária
	10.304.1289.0852	Incentivo Financeiro aos estados, Distrito Federal e municípios para execução de ações de médio e alto risco sanitário
	10.304.1289.6134	Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde
	10.304.1289.6133	Vigilância Sanitária de Produtos
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	10.303.1293.0593	Incentivo Financeiro a municípios habilitados à parte variável do Piso de Atenção Básica – PAB para Assistência Farmacêutica Básica
	10.303.1293.4368	Promoção da oferta e da cobertura dos serviços de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos no Sistema Único de Saúde
	10.303.1293.4705	Assistência financeira para aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais
GESTÃO DO SUS	10.303.1293.0804	Apoio à estruturação dos serviços de assistência farmacêutica na rede pública
	10.302.1220.6839	Fomento ao Desenvolvimento da Gestão, Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde

BLOCO DE FINANCIAMENTO	CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL PROGRAMÁTICA	DESCRIPTOR
	10.183.1300.6152	Cartão Nacional de Saúde
	10.302.1312.8529	Serviços extra-hospitalares de atenção aos portadores de transtornos mentais e decorrentes do uso de AD
	10.122.1311.6488	Apoio às escolas técnicas de saúde, escolas de saúde pública, centros formadores e centros colaboradores
	10.122.1300.7666	Investimento para humanização e ampliação do acesso a atenção à saúde
	10.571.1312.8525	Fomento a estudos e pesquisa sobre a saúde de grupos populacionais estratégicos e em situações especiais de agravo
	10.302.1303.2821	Cooperação Técnica para qualificação da atenção à saúde das pessoas em situações de violência e outras causas externas
	10.846.1311.0847	Apoio à capacitação de formuladores de políticas em áreas específicas dos estados e municípios.
	10.128.1311.6199	Formação de profissionais técnicos de saúde
	10.122.1311.6196	Serviço civil profissional em saúde
	10.364.1311.8541	Formação de recursos humanos em educação profissional e de pós-graduação stricto e lato sensu.
	10.122.0016.8287	Qualificação da gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde
	10.573.1311.6200	Promoção dos princípios da Educação Popular em Saúde
	10.122.1314.2272	Gestão e Administração do Programa
	10.131.1314.6804	Mobilização da sociedade para a Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde
	10.131.1314.6806	Controle Social no Sistema Único de Saúde
	10.422.1314.6182	Ouvidoria Nacional de Saúde
	10.845.1311.0851	Apoio à formação permanente de agentes para o Controle Social
	10.125.1220.8537	Sistemas estaduais, municipais e do Distrito Federal de Auditoria



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

Portaria nº 2.656, de 17 de Outubro de 2007

Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 3.156 de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições da assistência à saúde dos povos indígenas;

Considerando a Portaria nº 254/GM, de 31 de janeiro de 2002, que aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006;

Considerando a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica;

Considerando a Portaria nº 644/GM, de 27 de março de 2006, que institui o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena;

Considerando a Portaria nº 204/GM, de 31 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando o quantitativo de população indígena por município, conforme a base de dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI, da Fundação Nacional de Saúde;

Considerando que a política de gestão da atenção à saúde para os povos indígenas é de responsabilidade do Ministério da Saúde, como gestor do SUS;

Considerando a necessidade de assegurar a identificação de responsabilidade nas três esferas de governo, orientações ao financiamento e execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas;

Considerando a necessidade de garantia da atenção integral à saúde dos povos indígenas com a participação dos vários órgãos de gestão do SUS e das várias instâncias de controle social no SUS levando-se em consideração a organização e a hierarquização da rede assistencial;

Considerando que cabe ao Ministério da Saúde, a organização da atenção integral à saúde dos povos indígenas, no âmbito nacional, conjuntamente com Estados e Municípios, respeitando as especificidades étnicas e culturais garantindo o acesso dos índios e das comunidades indígenas ao Sistema Único de Saúde - SUS compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde, por meio dos mecanismos já existentes de financiamento e da reestruturação da política de incentivos; e

Considerando que os povos indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, deliberação, execução, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como: Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso, e Conselhos Distritais de Saúde Indígena, resolve:

Art.1º Determinar que o planejamento, a coordenação e a execução das ações de atenção à saúde às comunidades indígenas dar-se-á por intermédio da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, com a efetiva participação do controle social indígena em estreita articulação com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, e complementarmente pelas Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS), em conformidade com as políticas e diretrizes definidas para atenção à saúde dos povos indígenas.

Art.2º Regular o Fator de Incentivo de Atenção Básica aos povos indígenas e o Fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena, criados pela Portaria nº 1.163/GM, de 14 de setembro de 1999, que doravante passam a ser denominados Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas – IAB-PI e Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI.

§ 1º Os recursos de que tratam o caput deste artigo serão transferidos ao respectivo gestor na modalidade fundo a fundo mediante pactuação.

§ 2º Os recursos do IAB-PI e do IAE-PI comporão blocos de financiamento da Atenção Básica e da Média e Alta Complexidade, respectivamente, instituídos pela Portaria nº 204/GM, de 31 de janeiro de 2007.

Art.3º Definir que a aplicação dos recursos do Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas e do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas devam estar em conformidade com o Plano Distrital de Saúde Indígena – PDSI e com os Planos de Saúde dos Estados e Municípios.

Parágrafo único. Os Planos Municipais e Estaduais de Saúde devem inserir as ações voltadas à Saúde Indígena, de forma compatível ao Plano Distrital de Saúde Indígena.

Art.4º Estabelecer que o Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas – IAB-PI seja utilizado para ofertar consultas e procedimentos de atenção básica às comunidades indígenas.

§ 1º Os valores do IAB-PI serão calculados pela soma de um valor fixo – parte fixa do IAB-PI acrescido de valor per capita regionalizado multiplicado pela população indígena de cada município, conforme relação da população indígena cadastrada no SIASI/FUNASA e proposta de distribuição dos valores referentes ao IAB-PI, por município – 2007, constantes do Anexo a esta Portaria.

§ 2º O valor do IAB-PI dividido pela população indígena do município não poderá exceder o valor de R\$ 1.000,00 (um mil reais) reais/habitante/ano, exceto para os Municípios da Amazônia Legal com população indígena acima de 50 habitantes.

§ 3º O IAB-PI será transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios, Estados e do Distrito Federal.

§ 4º Definir que o valor da parte fixa do IAB-PI corresponda a:

I - R\$ 8.100,00 (oito mil e cem reais) mensais, para Municípios com população indígena com 100 habitantes ou mais; e

II - R\$ 4.050,00 (quatro mil e cinquenta reais) mensais, para Municípios com população indígena inferior a 100 habitantes.

§ 5º Estabelecer os seguintes valores per capita anuais por região:

I - Municípios da Região da Amazônia Legal: R\$ 300,00 (trezentos reais);

II - Municípios da Região Nordeste e dos Estados de Mato Grosso do Sul, de Goiás e de Minas Gerais: R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais); e

III - Municípios da Região Sul, demais Estados da Região Sudeste e do Distrito Federal: R\$ 100,00 (cem reais).

§ 6º Os Municípios que estão recebendo, por meio da legislação em vigor, valores superiores aos estabelecidos nesta Portaria, serão avaliados pela FUNASA com acompanhamento do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), que poderá readequar esses valores, desde que a aplicabilidade esteja de acordo com as responsabilidades pactuadas e respeitados os limites orçamentários.

§ 7º Os Municípios poderão estabelecer consórcio, na forma do disposto na legislação pertinente, em especial a Lei nº 11.107, de 2005, ou outros mecanismos legais em vigor, para o remanejamento de recursos, entre si, para execução de ações e serviços de atenção à saúde indígena, em especial nos casos em que as aldeias ou terras indígenas estejam situadas em mais de um Município, com a participação da FUNASA e do Controle Social Indígena.

§ 8º Existindo Municípios que não disponham atualmente de condições técnico-operacionais para aderir às estratégias específicas, as quais se destinam à utilização dos recursos do IAB-PI, poderão as respectivas Secretarias Estaduais de Saúde receber transitoriamente esses recursos para o desenvolvimento das mesmas.

Art.5º Definir que a composição das Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI) dar-se-á a partir dos seguintes núcleos:

I - Núcleo Básico de Atenção à Saúde Indígena – responsável pela execução das ações básicas de atenção à saúde indígena, composto por profissionais de saúde como: Enfermeiro, Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, Médico, Odontólogo, Auxiliar de Consultório Dental, Técnico de Higiene Dental, Agente Indígena de Saúde, Agente Indígena de Saneamento, Técnico em Saneamento, Agentes de Endemias e Microscopistas na Região da Amazônia Legal.

II - Núcleo Distrital de Atenção à Saúde Indígena – responsável pela execução das ações de atenção integral à saúde da população indígena, sendo composto por profissionais que atuam na saúde indígena, não contemplados na composição referida no inciso I deste artigo, tais como

nutricionistas, farmacêuticos/bioquímicos, antropólogos, assistentes sociais e outros, tendo em vista as necessidades específicas da população indígena.

Parágrafo único. A definição de quais profissionais deverão compor as Equipes Multidisciplinares de Atenção à Saúde Indígena - EMSI priorizará a situação epidemiológica, necessidades de saúde, características geográficas, acesso e nível de organização dos serviços respeitando as especificidades étnicas e culturais de cada povo indígena, devendo atuar de forma articulada e integrada, aos demais serviços do SUS, com clientela adscrita e território estabelecidos.

Art.6º Estabelecer que o Incentivo para Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI destine-se à implementação qualitativa e equânime da assistência ambulatorial, hospitalar, apoio diagnóstico e terapêutico à população indígena.

§ 1º Os valores estabelecidos serão repassados aos Municípios e aos Estados de forma, regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais e Estaduais de Saúde.

§ 2º O incentivo de que trata o caput deste artigo incidirá sobre os procedimentos pagos do SIH/SUS, proporcionais à oferta de serviços prestados pelos estabelecimentos às populações indígenas, no limite de até 30% da produção total das AIH aprovadas.

§ 3º O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde e da Fundação Nacional de Saúde, identificará os estabelecimentos assistenciais na rede do SUS que melhor se enquadram ao perfil de referência à atenção especializada para as comunidades indígenas.

§ 4º Para a identificação e recomendação dos estabelecimentos de que tratam o § 3º, as unidades certificadas, conforme a Portaria nº 645/GM, de 27 de março de 2006, que institui o Certificado do Hospital Amigo do Índio, serão priorizadas.

§ 5º Fica o Ministério da Saúde, por meio da Fundação Nacional de Saúde e da Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com o respectivo gestor, responsáveis por pactuar a referência e a contra-referência para à atenção especializada, ambulatorial e hospitalar na rede de serviços contemplando as metas previstas na Programação Pactuada e Integrada - PPI.

Art.7º Determinar que os incentivos objetos de regulamentação nesta Portaria serão repassados a Municípios e a Estados mediante:

I - Termo de pactuação no qual constarão as responsabilidades e atribuições da atenção à saúde dos povos indígenas pactuado pela FUNASA, SAS, Municípios ou Estados, Conselhos Distritais de Saúde Indígena. Deverá ser apresentado e aprovado nos respectivos Conselhos de Saúde Municipais ou Estaduais e, posteriormente, ratificados na Comissão Intergestores Bipartite - CIB com a participação de representantes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI e dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI).

II - Cadastramento e atualização periódica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES:

a) dos estabelecimentos de saúde habilitados ao recebimento do IAE-PI; e

b) das unidades básicas de saúde com suas respectivas EMSI, conforme Portaria nº 511/SAS, de 29 de dezembro de 2000, e legislação regulamentar a ser publicada.

§ 1º Os atos de pactuação se darão no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena-DSEI/Coordenação Regional - CORE/FUNASA.

§ 2º O Termo de Pactuação deverá ser parte integrante do Termo de Compromisso de Gestão que formaliza o Pacto pela Saúde nas suas Dimensões pela Vida, em Defesa do SUS e de

Gestão, contendo os objetivos e as metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias dos gestores nos diferentes níveis e os indicadores de monitoramento e avaliação.

Art.8º Definir que o Termo de Pactuação da Atenção Básica aos Povos Indígenas deverá conter: a composição da equipe com a quantidade e a formação dos profissionais; carga horária; plano de trabalho; indicadores e metas a serem alcançados, de acordo com o Plano Distrital e indicadores da Atenção Básica do Pacto pela Saúde.

Art.9º Definir que o Termo de Pactuação da Atenção Especializada aos Povos Indígenas deverá contemplar: a relação da oferta dos serviços; a população indígena potencialmente beneficiária; metas quali-quantitativas e os seus respectivos valores; definição do fluxo de referência e contra-referência e estratégias de acolhimento.

§ 1º Os estabelecimentos de saúde contratados ou conveniados com o SUS deverão assinar com o gestor estadual ou municipal o Termo de Compromisso do Prestador de Serviços, devendo este ser parte integrante do Termo de Pactuação da Atenção Especializada.

§ 2º Em se tratando de município ou estado habilitado a receber os dois incentivos, os termos de pactuação serão unificados.

Art.10 Determinar que as atribuições da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA sejam:

- I - Garantir o acesso e integralidade do cuidado à saúde das comunidades indígenas;
- II - Estabelecer diretrizes para a organização e operacionalização da atenção em saúde com base no quadro epidemiológico e nas necessidades de saúde das comunidades indígenas;
- III - Implementar os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI por meio das Coordenações Regionais – CORE e do Departamento de Saúde Indígena – DESAI/FUNASA, visando ao fortalecimento da interação entre pólo-base e a rede local de atenção à saúde;
- IV - Realizar o gerenciamento das ações de saúde no âmbito dos DSEI;
- V - Garantir em conjunto com a SAS recursos financeiros para o desenvolvimento das ações de atenção à saúde indígena;
- VI - Garantir recursos humanos em quantidade e qualidade necessárias para o desenvolvimento das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, utilizando como estratégia complementar, a articulação com Municípios, Estados e Organizações Não-Governamentais;
- VII - Realizar acompanhamento, supervisão, avaliação e controle das ações desenvolvidas no âmbito dos DSEI, em conjunto com os demais gestores do SUS;
- VIII - Articular junto aos Municípios, Estados e Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena os atos de Pactuações das responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, em conjunto com a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS;
- IX - Acompanhar e avaliar em conjunto com a Secretaria de Atenção à Saúde, os instrumentos de que tratam os artigos 8º e 9º desta Portaria.
- X - Encaminhar os Termos de Pactuação da Atenção Básica e Atenção Especializada aos Povos Indígenas firmados aos Conselhos de Saúde Indígena, para acompanhamento;
- XI - Promover as condições necessárias para os processos de capacitação, formação e educação permanente dos profissionais que atuam na Saúde Indígena em articulação com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde – SEGETS;
- XII - Pactuar junto aos Estados e Municípios no âmbito do Plano Distrital que compõe o Termo de Pactuação da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas:

- a) Os insumos necessários à execução das ações de saúde de atenção à saúde dos povos indígenas;
- b) Os meios de transporte para o deslocamento da Equipe Multidisciplinar às comunidades e para a remoção de pacientes que necessitem de procedimentos médicos (e/ou exames) de maior complexidade, bem como para internação hospitalar na área de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena de acordo com as referências estabelecidas;
- c) Infra-estrutura e equipamentos necessários para execução das ações de saúde nas comunidades;

XIII - Articular junto a CIB o fluxo de referência de pacientes de comunidades indígenas aos serviços de média e alta complexidade do SUS;

XIV - Articular, junto às Secretarias Estaduais de Saúde e à CIB, a criação de câmaras ou comissões técnicas de saúde indígena;

XV - Realizar os investimentos necessários para dotar as aldeias de soluções adequadas de saneamento ambiental;

XVI - Realizar e manter o cadastro nacional da população indígena atualizado por meio da implementação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena;

XVII - Disponibilizar informações necessárias para o cadastramento e atualização do Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde em conjunto com os gestores responsáveis;

XVIII - Abastecer, quando for o caso, e garantir que os órgãos governamentais e não governamentais que atuam na atenção à Saúde dos Povos Indígenas alimentem os sistemas nacionais de informação do SUS, conforme normas em vigor;

XIX - Analisar o desempenho dos Municípios e dos Estados no cumprimento das pactuações previstas nesta Portaria; e

XX - Apoiar e cooperar tecnicamente com Estados e Municípios.

Art.11 Definir as atribuições dos Estados:

I - Prestar apoio técnico aos municípios, às Coordenações Regionais da FUNASA e aos DSEI;

II - Atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena, conforme definido no Plano Distrital de Saúde Indígena, nos objetos dos Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas e descritas no respectivo Plano Estadual de Saúde, definindo outras atribuições caso necessário;

III - Alimentar os sistemas nacionais de informação do SUS, conforme normas em vigor, com os dados relativos à Atenção à Saúde Indígena, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e dos estabelecimentos de saúde contemplados nos Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas;

IV - Consolidar, analisar e transferir os arquivos dos sistemas de informação relativos à Atenção à Saúde Indígena enviados pelos Municípios de acordo com fluxo e prazos estabelecidos para cada sistema;

V - Organizar, em conjunto com os DSEI e Secretarias Municipais, fluxos de referência de acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR e Programação Pactuada e Integrada, respeitando os limites financeiros estabelecidos;

VI - Garantir e regular o acesso dos povos indígenas aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar conforme Programação Pactuada e Integrada;

VII - Participar do Conselho Distrital de Saúde Indígena;

VIII - Participar do acompanhamento e avaliação das ações de saúde dos povos indígenas, em conjunto com os DSEI e as Secretarias Municipais de Saúde no território estadual; e

IX - Encaminhar os Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas para homologação na CIB.

Art.12 Definir as atribuições dos Municípios e do Distrito Federal:

- I - Atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena, conforme definido no Plano Distrital de Saúde Indígena, nos objetos dos Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas e descritas no respectivo Plano Municipal de Saúde;
- II - Alimentar os sistemas nacionais de informação do SUS, conforme normas em vigor, com os dados relativos à Atenção à Saúde Indígena, mantendo atualizado o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde;
- III - Assegurar a participação de representantes indígenas e dos profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena no Conselho Municipal de Saúde, em especial nos municípios que firmarem os Termos de Pactuação para a Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;
- IV - Participar do Conselho Distrital de Saúde Indígena;
- V - Avaliar e acompanhar em conjunto com os DSEI e Estados as ações e serviços de saúde realizados previstos nesta Portaria.
- VI - Participar da elaboração do Plano Distrital de Saúde Indígena;
- VII - Garantir a inserção das metas e ações de atenção básica, voltadas às comunidades indígenas no Plano Municipal de Saúde;
- VIII - Enviar à para CIB os Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas para avaliação e homologação; e
- IX - Definir, em conjunto com a FUNASA, o perfil dos profissionais que comporão as equipes multidisciplinares de saúde indígena, de acordo com os Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas.

Art.13 Definir as atribuições da participação complementar para garantir a cobertura assistencial aos povos indígenas:

- I - Atuar de forma complementar, enquanto as disponibilidades dos serviços públicos de saúde forem insuficientes, na execução das ações de atenção à saúde indígena, conforme definido no Plano Distrital de Saúde Indígena e nos respectivos Planos de Trabalho;
- II - Alimentar os sistemas nacionais de informação do SUS, conforme normas em vigor, com os dados relativos à Atenção à Saúde Indígena, repassando ao respectivo gestor as informações;
- e
- III - Participar das reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena.

Art.14 Definir as atribuições da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS:

- I - Organizar, em conjunto com a FUNASA, Estados e Municípios, a Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, no âmbito nacional;
- II - Adequar os sistemas de informações do SUS para a inclusão do registro da atenção à saúde indígena;
- III - Viabilizar que Estados e Municípios de regiões onde vivem os povos indígenas atuem complementarmente no custeio e na execução das ações de atenção ao índio, individual ou coletivamente, promovendo as adaptações necessárias na estrutura e organização do SUS; e
- IV - Garantir que as populações indígenas tenham acesso às ações e serviços do SUS, em qualquer nível que se faça necessário, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Parágrafo único. A recusa de quaisquer instituições, públicas ou privadas, ligadas ao SUS, em prestar assistência aos índios e às comunidades indígenas configura ato ilícito e é passível de punição pelos órgãos competentes.

Art.15 Definir as atribuições dos Conselhos Distritais e dos Conselhos Locais de Saúde Indígena:

I - Participar do processo de formulação das necessidades e metas a serem objetos dos Termos de Pactuação expressas nos Planos Distritais de Saúde Indígena, em conjunto com o Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI; e

II - Acompanhar as referidas pactuações no âmbito de abrangência de seu Conselho.

Art.16 Determinar que o monitoramento do Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas e o Incentivo da Atenção Especializada aos Povos Indígenas se dará por meio da verificação da utilização dos sistemas nacionais de informação a serem preenchidos e remetidos ao Ministério da Saúde pelos Municípios e Estados contemplados conforme normas em vigor, a saber:

a) Informações no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde e Profissionais Habilitados;

b) Sistema de Informação Ambulatorial – SIA;

c) Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM;

d) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC;

e) Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN;

f) Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações – SIS-PNI;

g) Informação de Produção dos Estabelecimentos de Saúde previstos nos termos de pactuação;

h) Sistema de Informações Hospitalares – SIH, quando for o caso.

§ 1º Os Municípios, os Estados e o Distrito Federal que não alimentarem regularmente os Sistemas de Informação em Saúde com o atendimento hospitalar e ambulatorial aos Povos Indígenas por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados terão o repasse dos incentivos suspenso.

§ 2º O repasse dos incentivos IAE-PI e IAB-PI será suspenso, caso sejam detectadas, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

Art.17 Estabelecer que compete à Secretaria de Atenção a Saúde - SAS/MS e à FUNASA, por meio do Departamento de Saúde Indígena - DESAI, o monitoramento da implantação e implementação da regulamentação de que trata esta Portaria, com a participação das instâncias de controle social.

Parágrafo único. Deverá ser criado, em portaria específica, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data de publicação desta Portaria, Grupo de Trabalho Tripartite para o desenvolvimento do trabalho de monitoramento de que trata este artigo.

Art.18 Determinar que o acompanhamento e a avaliação da aplicação dos recursos do IAB-PI e IAE-PI se dará por meio dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena e dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde.

Parágrafo único. Os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde deverão fornecer aos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena, quando solicitado, cópia da documentação relativa à prestação de contas anual referentes aos recursos do IAB-PI e IAE-PI.

Art.19 Estabelecer que as pactuações em vigor, que não estiverem de acordo com a presente regulamentação, deverão ser repactuadas, observados os preceitos ora dispostos.

Art.20 Definir que os Estados e Municípios que farão jus aos recursos previstos nesta Portaria terão o prazo de 180 (cento e oitenta) dias para se adequarem aos preceitos definidos a partir da data de sua publicação.

- Art.21** Determinar que a Secretaria de Atenção à Saúde – SAS e a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA poderão estabelecer, em portarias específicas ou em conjunto, outras medidas necessárias à implementação desta Portaria.
- Art.22** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.
- Art.23** Revogar a Portaria nº 1.163/GM, de 14 de setembro de 1999, publicada no Diário Oficial de 15 de setembro de 1999, Seção 1.

José Gomes Temporão

ANEXO

Relação da População Indígena Cadastrada no SIASI/FUNASA e Proposta de Distribuição dos Valores Referentes ao IAB-PI, por Município – 2007

RESUMO POR REGIÃO	POP. INDIGENA	VALORES R\$
REGIÃO AMAZÔNIA LEGAL	271.579	97.358.800,00
REGIÃO SUL-SUDESTE	46.743	13.027.200,00
REGIÃO NORDESTE	163.862	32.999.400,00
TOTAL	482.184,00	143.385.400,00

ACRE			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
120005	ASSIS BRASIL	371	208.500,00
120030	FEIJÓ	2.419	822.900,00
120032	JORDÃO	2.026	705.000,00
120033	MÂNCIO LIMA	1.579	570.900,00
120034	MANOEL URBANO	505	248.700,00
120035	MARECHAL THAUMATURGO	1.165	446.700,00
120039	PORTO WALTER	407	219.300,00
120042	RODRIGUES ALVES	137	138.300,00
120043	SANTA ROSA DO PURUS	2.139	738.900,00
120050	SENA MADUREIRA	967	387.300,00
120060	TARAUACÁ	2.643	890.100,00
SUBTOTAL		14.358	5.376.600,00

AMAZONAS			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
130002	ALVARÃES	698	306.600,00
130006	AMATURÁ	1.957	684.300,00
130008	ANAMÃ	421	223.500,00
130020	ATALAIA DO NORTE	3.706	1.209.000,00
130030	AUTAZES	4.583	1.472.100,00
130040	BARCELOS	5.035	1.607.700,00
130050	BARREIRINHA	5.066	1.617.000,00
130060	BENJAMIN CONSTANT	5.124	1.634.400,00
130063	BERURI	876	360.000,00
130070	BOCA DO ACRE	1.477	540.300,00
130080	BORBA	3.992	1.294.800,00
130100	CARAUARI	164	146.400,00
130110	CAREIRO	666	297.000,00
130115	CAREIRO DA VÁRZEA	1.644	590.400,00
130120	COARI	48	48.000,00
130140	EIRUNEPÉ	1.901	667.500,00
130150	ENVIRA	523	254.100,00
130710	HUMAITÁ	1.589	573.900,00
130180	IPIXUNA	697	306.300,00
130190	ITACOATIARA	612	280.800,00
130195	ITAMARATI	664	296.400,00
130210	JAPURÁ	196	156.000,00
130220	JURUÁ	527	255.300,00
130230	JUTAI	1.804	638.400,00
130240	LÁBREA	2.987	993.300,00
130260	MANAUS	680	301.200,00
130270	MANICORÉ	1.447	531.300,00

130280	MARAA	837	348.300,00
130290	MAUÉS	2.502	847.800,00
130300	NHAMUNDÁ	662	295.800,00
130330	NOVO ARIPUANÁ	128	135.600,00
130340	PARINTINS	509	249.900,00
130350	PAUINI	1.537	558.300,00
130356	RIO PRETO DA EVA	65	68.100,00
130360	SANTA ISABEL DO RIO NEGRO	8.830	2.746.200,00
130370	SANTO ANTÔNIO DO IÇÁ	3.024	1.004.400,00
130380	SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA	18.121	5.533.500,00
130390	SÃO PAULO DE OLIVENÇA	9.180	2.851.200,00
130406	TABATINGA	8.522	2.653.800,00
130410	TAPAUÁ	1.708	609.600,00
130420	TEFÉ	603	278.100,00
130423	TONANTINS	1.307	489.300,00
130426	UARINI	459	234.900,00
SUBTOTAL		107.078	36.190.800,00

AMAPÁ			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
160050	OIAPOQUE	6.033	1.907.100,00
160015	PEDRA BRANCA DO AMAPARI	799	336.900,00
SUBTOTAL		6.832	2.244.000,00

MARANHÃO			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
210047	ALTO ALEGRE DO PINDARÉ	5	5.000,00
210060	AMARANTE DO MARANHÃO	3.538	1.158.600,00
210087	ARAGUANÃ	378	210.600,00
210095	ARAME	4.521	1.453.500,00
210160	BARRA DO CORDA	2.679	900.900,00
210200	BOM JARDIM	1.267	477.300,00
210203	BOM JESUS DAS SELVAS	127	135.300,00
210317	CENTRO NOVO DO MARANHÃO	278	180.600,00
210408	FERNANDO FALCÃO	2.268	777.600,00
210480	GRAJAÚ	3.462	1.135.800,00
210535	ITAIPAVA DO GRAJAÚ	853	353.100,00
210547	JENIAPÓ DOS VIEIRAS	4.064	1.316.400,00
210637	MARANHÃOZINHO	344	200.400,00
210700	MONTES ALTOS	786	333.000,00
210735	NOVA OLINDA DO MARANHÃO	130	136.200,00
211102	SÃO JOÃO DO CARÚ	39	39.000,00
SUBTOTAL		24.739	8.813.300,00

MATO GROSSO			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
510020	ÁGUA BOA	204	158.400,00
510080	APIACÁS	92	76.200,00
510140	ARIPUANÁ	1.125	434.700,00
510160	BARÃO DE MELGAÇO	283	182.100,00
510170	BARRA DO BUGRES	423	224.100,00
510180	BARRA DO GARÇAS	2.880	961.200,00
510185	BOM JESUS DO ARAGUAIA	563	266.100,00
510190	BRASNORTE	1.728	615.600,00
510260	CAMPINÁPOLIS	5.493	1.745.100,00
510260	CAMPO NOVO DO PARECIS	278	180.600,00

510270	CANARANA	1.547	561.300,00
510320	COLÍDER	153	143.100,00
510330	COMODORO	1.335	497.700,00
510335	CONFRESA	392	214.800,00
510337	COTRIGUAÇU	31	31.000,00
510350	DIAMANTINO	23	23.000,00
510370	FELIZ NATAL	935	377.700,00
510385	GAÚCHA DO NORTE	1.697	606.300,00
510390	GENERAL CARNEIRO	1.571	568.500,00
510510	JUARA	957	384.300,00
510515	JUÍNA	347	201.300,00
510530	LUCIARA	166	147.000,00
510558	MARCELÂNDIA	302	187.800,00
510590	NOBRES	175	149.700,00
510617	NOVA NAZARÉ	1.022	403.800,00
510624	NOVA UBIRATÃ	87	74.700,00
510628	NOVO SÃO JOAQUIM	92	76.200,00
510630	PARANATINGA	1.212	460.800,00
510642	PEIXOTO DE AZEVEDO	1.193	455.100,00
510675	PONTES E LACERDA	280	181.200,00
510685	PORTO ESPERIDIÃO	289	183.900,00
510700	POXORÉO	304	188.400,00
510706	QUERÊNCIA	1.495	545.700,00
510760	RONDONÓPOLIS	395	215.700,00
510777	SANTA TEREZINHA	402	217.800,00
510780	SANTO ANTÔNIO DO LEVERGER	407	219.300,00
510785	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	534	257.400,00
510735	SÃO JOSÉ DO XINGU	230	166.200,00
510787	SAPEZAL	320	193.200,00
510795	TANGARÁ DA SERRA	1.012	400.800,00
SUBTOTAL		31.974	13.177.800,00

PARÁ			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
150050	ALMEIRIM	772	328.800,00
150060	ALTAMIRA	3.202	1.057.800,00
150125	BANNACH	200	157.200,00
150157	BOM JESUS DO TOCANTINS	554	263.400,00
150215	CANAÃ DOS CARAJÁS	26	26.000,00
150276	CUMARU DO NORTE	1.072	418.800,00
150309	GOIANÉSIA DO PARÁ	88	75.000,00
150360	ITAITUBA	266	177.000,00
150370	ITUPIRANGA	107	129.300,00
150375	JACAREACANGA	6.702	2.107.800,00
150680	JACUNDÁ	35	35.000,00
150470	MOJU	146	141.000,00
150510	ÓBIDOS	1.440	529.200,00
150530	ORIXIMINÁ	1.768	627.600,00
150543	OURILÂNDIA DO NORTE	1.062	415.800,00
150550	PARAGOMINAS	771	328.500,00
150553	PARAUPEBAS	927	375.300,00
150555	PAU D'ARCO	265	176.700,00
150655	SANTA LUZIA DO PARÁ	476	240.000,00
150658	SANTA MARIA DAS BARREIRAS	80	72.600,00
150715	SÃO DOMINGOS DO ARAGUAIA	313	191.100,00
150730	SÃO FÉLIX DO XINGU	1.683	602.100,00
150780	SENADOR JOSÉ PORFÍRIO	709	309.900,00

150800	TOMÉ-AÇU	220	163.200,00
150810	TUCURUI	434	227.400,00
150835	VITÓRIA DO XINGU	71	69.900,00
SUBTOTAL		23.389	9.246.400,00

RONDONIA			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
110001	ALTA FLORESTA D'OESTE	632	286.800,00
110037	ALTO ALEGRE DOS PARECIS	71	69.900,00
110004	CACOAL	1.236	468.000,00
110092	CHUPINGUAIA	191	154.500,00
110007	CORUMBIARA	9	9.000,00
110009	ESPIGÃO D'OESTE	637	288.300,00
110100	GOVERNADOR JORGE TEIXEIRA	64	67.800,00
110010	GUAJARÁ-MIRIM	3.498	1.146.600,00
110011	JARU	42	42.000,00
110012	JI-PARANÁ	1.263	476.100,00
110130	MIRANTE DA SERRA	103	128.100,00
110033	NOVA MAMORÉ	363	206.100,00
110018	PIMENTA BUENO	20	20.000,00
110020	PORTO VELHO	867	357.300,00
110030	VILHENA	302	187.800,00
SUBTOTAL		9.298	3.908.300,00

RORAIMA			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
140005	ALTO ALEGRE	8.367	2.607.300,00
140002	AMAJARI	4.804	1.538.400,00
140010	BOA VISTA	1.941	679.500,00
140015	BONFIM	4.045	1.310.700,00
140017	CANTÁ	1.591	574.500,00
140020	CARACARAÍ	767	327.300,00
140023	CAROEBE	418	222.600,00
140028	IRACEMA	433	227.100,00
140030	MUCAJAÍ	383	212.100,00
140040	NORMANDIA	6.878	2.160.600,00
140045	PACARAIMA	5.367	1.707.300,00
140060	SÃO LUIZ	208	159.600,00
140070	UIRAMUTÁ	8.289	2.583.900,00
SUBTOTAL		43.491	14.310.900,00

TOCANTINS			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
140210	ARAGUAÍNA	45	45.000,00
170382	CACHOEIRINHA	65	68.100,00
170820	FORMOSO DO ARAGUAIA	983	392.100,00
170900	GOIATINS	1.520	553.200,00
170950	GURUPI	14	14.000,00
171050	ITACAJÁ	743	320.100,00
171190	LAGOA DA CONFUSÃO	2.268	777.600,00
171280	MAURILÂNDIA DO TOCANTINS	125	134.700,00
171884	SANDOLÂNDIA	163	146.100,00
171886	SANTA FÉ DO ARAGUAIA	292	184.800,00
172110	TOCANTÍNIA	2.679	900.900,00
172120	TOCANTINÓPOLIS	1.523	554.100,00
SUBTOTAL		10.420	4.090.700,00

ESPIRITO SANTO			
320060	ARACRUZ	2288	326.000,00

PARANÁ			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
410010	ABATIÁ	111	108.300,00
410440	CÂNDIDO DE ABREU	508	148.000,00
410540	CHOPINZINHO	616	158.800,00
410650	CORONEL VIVIDA	93	57.900,00
410715	DIAMANTE D'OESTE	331	130.300,00
410754	ESPIGÃO ALTO DO IGUAÇU	313	128.500,00
410880	GUAÍRA	38	38.000,00
410950	GUARAUQUEÇABA	27	27.000,00
411020	INÁCIO MARTINS	132	110.400,00
411330	LARANJEIRAS DO SUL	23	23.000,00
411370	LONDRINA	1.448	242.000,00
411440	MANGUEIRINHA	807	177.900,00
411450	MANOEL RIBAS	1.409	238.100,00
411705	NOVA LARANJEIRAS	1.723	269.500,00
411730	ORTIGUEIRA	584	155.600,00
411760	PALMAS	731	170.300,00
411820	PARANAGUÁ	60	54.600,00
411950	PIRAQUARA	50	50.000,00
411995	PONTAL DO PARANÁ	7	7.000,00
412310	SANTA AMÉLIA	183	115.500,00
412470	SÃO JERÔNIMO DA SERRA	946	191.800,00
412570	SÃO MIGUEL DO IGUAÇU	585	155.700,00
412780	TOMAZINA	128	110.000,00
412796	TURVO	574	154.600,00
SUBTOTAL		11.427	3.022.800,00

RIO DE JANEIRO			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
330010	ANGRA DOS REIS	334	130.600,00
330380	PARATI	208	118.000,00
SUBTOTAL		542	248.600,00

RIO GRANDE DO SUL			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
430005	ÁGUA SANTA	190	116.200,00
430190	BARRA DO RIBEIRO	230	120.200,00
430205	BENJAMIN CONSTANT DO SUL	977	194.900,00
430280	CAÇAPAVA DO SUL	57	54.300,00
430300	CACHOEIRA DO SUL	25	25.000,00
430320	CACIQUE DOBLE	896	186.800,00
430350	CAMAQUÃ	76	56.200,00
430467	CAPIVARI DO SUL	48	48.000,00
430471	CARAÁ	43	43.000,00
430537	CHARRUA	1.446	241.800,00
430580	CONSTANTINA	451	142.300,00
430692	ENGENHO VELHO	623	159.500,00
430697	EREBANGO	263	123.500,00
430780	ESTRELA	101	101.000,00
430790	FARROUPILHA	53	53.000,00
430805	FAXINALZINHO	110	108.200,00

430912	GRAMADO DOS LOUREIROS	200	117.200,00
430930	GUAÍBA	20	20.000,00
430990	IBIRAIARAS	230	120.200,00
431050	IRAÍ	503	147.500,00
431140	LAJEADO	31	31.000,00
431160	LIBERATO SALZANO	469	144.100,00
431177	MAQUINÉ	55	54.100,00
431262	MULITERNO	181	115.300,00
431270	NONOAÍ	921	189.300,00
431365	PALMARES DO SUL	32	32.000,00
431410	PASSO FUNDO	297	126.900,00
431470	PLANALTO	1.109	208.100,00
431490	PORTO ALEGRE	90	57.600,00
431540	REDENTORA	3.666	463.800,00
431555	RIO DOS ÍNDIOS	102	102.000,00
431575	RIOZINHO	19	19.000,00
431610	RONDA ALTA	961	193.300,00
431645	SALTO DO JACUÍ	396	136.800,00
431870	SÃO LEOPOLDO	77	56.300,00
431915	SÃO MIGUEL DAS MISSÕES	140	111.200,00
431973	SÃO VALÉRIO DO SUL	985	195.700,00
432110	TAPES	7	7.000,00
432140	TENENTE PORTELA	1.976	294.800,00
432150	TORRES	45	45.000,00
432185	TRÊS PALMEIRAS	308	128.000,00
432300	VIAMÃO	234	120.600,00
432310	VICENTE DUTRA	115	108.700,00
SUBTOTAL		18.758	5.119.400,00

SANTA CATARINA			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
420010	ABELARDO LUZ	103	103.000,00
420130	ARAQUARI	175	114.700,00
420230	BIGUAÇU	160	113.200,00
420420	CHAPECÓ	842	181.400,00
420517	ENTRE RIOS	1.052	202.400,00
420540	FLORIANÓPOLIS	36	36.000,00
420720	IMARUÍ	114	108.600,00
420768	IPUAÇU	3.731	470.300,00
420915	JOSÉ BOITEUX	1.237	220.900,00
421130	NAVEGANTES	24	24.000,00
421190	PALHOÇA	176	114.800,00
421360	PORTO UNIÃO	31	31.000,00
421620	SÃO FRANCISCO DO SUL	84	57.000,00
421750	SEARA	122	109.400,00
421935	VITOR MEIRELES	557	152.900,00
SUBTOTAL		8.444	2.039.600,00

SÃO PAULO			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
350335	ARCO-ÍRIS	195	116.700,00
350390	ARUJÁ	7	7.000,00
350430	AVAÍ	549	152.100,00
350500	BARÃO DE ANTONINA	60	54.600,00
350770	BRAÚNA	132	110.400,00
350990	CANANÉIA	92	57.800,00

351060	CARAPICUÍBA	25	25.000,00
351300	COTIA	26	26.000,00
351500	EMBU	61	54.700,00
351510	EMBU-GUAÇU	7	7.000,00
351570	FERRAZ DE VASCONCELOS	6	6.000,00
351630	FRANCISCO MORATO	19	19.000,00
351640	FRANCO DA ROCHA	4	4.000,00
351880	GUARULHOS	265	123.700,00
352030	IGUAPE	45	45.000,00
352210	ITANHAÉM	137	110.900,00
352220	ITAPECERICA DA SERRA	19	19.000,00
352250	ITAPEVI	4	4.000,00
352310	ITAQUAQUECETUBA	42	42.000,00
352330	ITARIRI	10	10.000,00
352500	JANDIRA	6	6.000,00
352620	JUQUITIBA	2	2.000,00
352940	MAUÁ	42	42.000,00
352990	MIRACATU	73	55.900,00
353080	MOJI MIRIM	31	31.000,00
353110	MONGAGUÁ	211	118.300,00
353440	OSASCO	138	111.000,00
353620	PARIQUERA-AÇU	68	55.400,00
353760	PERUÍBE	180	115.200,00
354730	SANTANA DE PARNAÍBA	3	3.000,00
354780	SANTO ANDRÉ	6	6.000,00
354870	SÃO BERNARDO DO CAMPO	3	3.000,00
354880	SÃO CAETANO DO SUL	9	9.000,00
355030	SÃO PAULO	2.114	308.600,00
355070	SÃO SEBASTIÃO	276	124.800,00
355100	SÃO VICENTE	95	58.100,00
355180	SETE BARRAS	76	56.200,00
355280	TABOÃO DA SERRA	64	55.000,00
355540	UBATUBA	182	115.400,00
SUBTOTAL		5.284	2.270.800,00

SERGIPE			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
280560	PORTO DA FOLHA	364	151.800,00

ALAGOAS			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
270010	ÁGUA BRANCA	157	120.750,00
270260	FEIRA GRANDE	322	145.500,00
270380	JOAQUIM GOMES	2.035	402.450,00
270630	PALMEIRA DOS ÍNDIOS	1.249	284.550,00
270642	PARICONHA	1.505	322.950,00
270750	PORTO REAL DO COLÉGIO	2.310	443.700,00
270880	SÃO SEBASTIÃO	938	237.900,00
	TRAIPU	61	57.750,00
	INHAPI	55	55.000,00
SUBTOTAL		8.632	2.070.550,00

BAHIA			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
290020	ABARÉ	706	203.100,00
290140	ANGICAL	76	60.000,00

290265	BANZAE	1.912	384.000,00
260340	BELMONTE	74	59.700,00
290560	CAMACAN	130	116.700,00
290580	CAMAMU	81	60.750,00
290990	CURACÁ	442	163.500,00
291070	EUCLIDES DA CUNHA	827	221.250,00
291140	GLÓRIA	1.662	346.500,00
291320	IBOTIRAMA	672	198.000,00
291360	ILHÉUS	4.088	710.400,00
291540	ITAJU DO COLÔNIA	118	114.900,00
291560	ITAMARAJU	824	220.800,00
292225	MUQUÊM DE SÃO FRANCISCO	152	120.000,00
292390	PAU BRASIL	1.878	378.900,00
292400	PAULO AFONSO	72	59.400,00
292530	PORTO SEGURO	3.707	653.250,00
292550	PRADO	1.191	275.850,00
292710	RODELAS	1.109	263.550,00
292770	SANTA CRUZ CABRÁLIA	4.133	717.150,00
292840	SANTA RITA DE CÁSSIA	40	40.000,00
293015	SERRA DO RAMALHO	51	51.000,00
293077	SOBRADINHO	96	63.000,00
SUBTOTAL		24.041	5.481.700,00

CEARÁ			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
230020	ACARAÚ	678	198.900,00
230100	AQUIRAZ	255	135.450,00
230370	CAUCAIA	3.096	561.600,00
230655	ITAREMA	2.165	421.950,00
230765	MARACANAÚ	1.186	275.100,00
230970	PACATUBA	393	156.150,00
SUBTOTAL		7.773	1.749.150,00

GOIÁS			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
520250	ARUANÁ	173	123.150,00
521470	NOVA AMÉRICA	6	6.000,00
521890	RUBIATABA	167	122.250,00
SUBTOTAL		346	251.400,00

MINAS GERAIS			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
310340	ARAÇUAÍ	89	61.950,00
310660	BERTÓPOLIS	547	179.250,00
311030	CALDAS	69	58.950,00
311380	CARMÉSIA	310	143.700,00
311950	CORONEL MURTA	13	13.000,00
314050	MARTINHO CAMPOS	301	142.350,00
315200	POMPEU	21	21.000,00
315430	RESPLENDOR	228	131.400,00
315765	SANTA HELENA DE MINAS	473	168.150,00
316245	SÃO JOÃO DAS MISSÕES	7.485	1.219.950,00
SUBTOTAL		9.536	2.139.700,00

MATO GROSSO DO SUL			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
500060	AMAMBAÍ	8.237	1.332.750,00
500070	ANASTÁCIO	361	151.350,00
500090	ANTÔNIO JOÃO	840	223.200,00
500110	AQUIDAUANA	5.437	912.750,00
500124	ARAL MOREIRA	394	156.300,00
500210	BELA VISTA	481	169.350,00
500230	BRASILÂNDIA	84	61.200,00
200240	CAARAPÓ	4.236	732.600,00
500270	CAMPO GRANDE	3.064	556.800,00
200315	CORONEL SAPUCAIA	2.814	519.300,00
500320	CORUMBÁ	155	120.450,00
500348	DOIS IRMÃOS DO BURITI	1.305	292.950,00
500350	DOURADINA	793	216.150,00
500370	DOURADOS	11.333	1.797.150,00
500375	ELDORADO	527	176.250,00
500450	JAPORÁ	3.924	685.800,00
500515	JUTI	354	150.300,00
500525	LAGUNA CARAPÃ	768	212.400,00
500540	MARACAJU	151	119.850,00
500560	MIRANDA	6.115	1.014.450,00
500580	NIOAQUE	1.340	298.200,00
500635	PARANHOS	4.030	701.700,00
500660	PONTA PORÃ	315	144.450,00
500690	PORTO MURTINHO	1.499	322.050,00
500750	ROCHEDO	66	58.500,00
500770	SETE QUEDAS	214	129.300,00
500790	SIDROLÂNDIA	1.659	346.050,00
500795	TACURU	3.055	555.450,00
	SUBTOTAL	63.551	12.157.050,00

PARAÍBA			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
250140	BAÍA DA TRAIÇÃO	4.281	739.350,00
250905	MARCAÇÃO	5.530	926.700,00
251290	RIO TINTO	1.758	360.900,00
	SUBTOTAL	11.569	2.026.950,00

PERNAMBUCO			
COD. IBGE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	VALORES R\$
260050	ÁGUAS BELAS	3922	685.500,00
260280	BUIQUE	2760	511.200,00
260300	CABROBÓ	2620	490.200,00
260392	CARNAUBEIRA DA PENHA	6707	1.103.250,00
260570	FLORESTA	1100	262.200,00
260660	IBIMIRIM	2133	417.150,00
260700	INAJÁ	1361	301.350,00
260805	JATOBÁ	2612	489.000,00
260980	OROCÓ	229	131.550,00
261090	PESQUEIRA	10414	1.659.300,00
261100	PETROLÂNDIA	553	180.150,00
261480	TACARATU	3247	584.250,00
261580	TUPANATINGA	392	156.000,00
	SUBTOTAL	38050	6.971.100,00

Portaria GM nº 1119 de 05 de Junho de 28 de Agosto de 2008.

Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II, parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e Considerando que pesquisas realizadas no País mostram que a mortalidade materna tem alta magnitude e transcendência;

Considerando o Objetivo V do Milênio, que estabelece o compromisso de reduzir em $\frac{3}{4}$ a razão de mortalidade materna, entre 1990 e 2015;

Considerando que o real dimensionamento do óbito materno no Brasil é dificultado pelo sub-registro de óbitos e pela sub-enumeração da morte materna;

Considerando que a identificação dos principais fatores de risco associados à morte materna possibilita a definição de estratégias de prevenção de novas ocorrências;

Considerando que a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, estabelece que nenhum sepultamento seja feito sem certidão oficial de óbito;

Considerando que a Declaração de Óbito (DO) é o documento oficial que atesta a morte de um indivíduo, e que o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) é o instrumento oficial do Ministério da Saúde para a informação da DO em todo o território nacional e que, a partir de 2006, tem maior agilidade na transmissão da informação sobre o óbito;

Considerando que a Declaração de Óbitos é documento de preenchimento obrigatório pelos médicos, com atribuições detalhadas pela Resolução 1779/2005 do Conselho Federal de Medicina,

Considerando que, onde foram implantadas as ações previstas no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado pela Presidência da República em 8/3/2004 e aprovado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Conselho Nacional de Saúde (CNS), os resultados se mostraram efetivos;

Considerando o disposto na Portaria nº 1.172/GM, de 15 de junho de 2004, que regulamenta competências da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, na área de vigilância em Saúde, entre elas a de investigar óbitos maternos;

Considerando que a agilidade na informação e o início oportuno da investigação são fatores fundamentais para o sucesso da ação; e

Considerando que a redução da morte materna é uma das prioridades deste Ministério e para tanto vêm sendo implementadas uma série de medidas,

RESOLVE:

Art.1º Regularizar que a Vigilância de Óbitos Maternos deve ser realizada por profissionais de saúde designados pelas autoridades de vigilância em saúde da esfera municipal, estadual, do Distrito Federal e federal para todos os eventos confirmados ou não, independentes do local de ocorrência.

Art.2º Estabelecer que os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil independente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória, visando levantar fatores determinantes, possíveis causas, assim como subsidiar a adoção de medidas que possam evitar eventos semelhantes.

Parágrafo 1º - Para fins de investigação, é considerado óbito materno a morte de uma mulher, ocorrida durante a gestação ou até um ano após seu término, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

Parágrafo 2º - Para fins de cálculo da razão de morte materna serão excluídos os casos de óbitos ocorridos após 42 (quarenta e dois) dias do término da gestação, mas todos devem ser investigados, inclusive para se certificar das datas dos eventos de interesse (término da gestação e data do óbito).

Parágrafo 3º Para fins de investigação são considerados óbitos de mulheres em idade fértil aqueles ocorridos em mulheres de 10 a 49 anos de idade.

Art.3º O instrumento base para o desencadeamento do processo de investigação de que trata o artigo 2º é a Declaração de Óbito (DO), que deve ser adequadamente preenchida em todos os campos, com destaque nestes casos para sexo, idade e aqueles que caracterizam um óbito materno declarado: campos relativos a óbitos em mulheres, e causa básica, constantes do Anexo I a esta Portaria.

Art.4º Os instrumentos base que servirão como roteiro para a investigação, podem ser aqueles padronizados para uso na UF, ou os instrumentos padrão recomendados pela publicação 'Manual dos Comitês de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde' (fichas B, C e D) ou outros que venham a ser recomendados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

Parágrafo único - Quando a UF optar por usar instrumentos de coleta de dados diferentes daqueles recomendados pelo Ministério da Saúde, estes deverão obrigatoriamente incluir os quesitos constantes no formulário padronizado conforme disposto no Anexo III a esta Portaria, e que servirá de documento base para alimentar o módulo de investigação de óbitos sistema de informação sobre mortalidade – SIM.

Art.5º As declarações de óbito com informação sobre óbito materno declarado bem como os óbitos de mulher em idade fértil, nos termos do artigo 3º, deverão seguir fluxo e prazos especiais, constantes do Anexo II ou o fluxo existente em cada Unidade Federada (UF), desde que obedecidos os prazos estabelecidos, para o cumprimento desta Portaria.

§ 1º O prazo para o serviço ou profissional de saúde informar o óbito com o envio da 1ª via da DO é de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas a contar da data da ocorrência.

§ 2º O prazo para a Secretaria Estadual de Saúde disponibilizar o registro via SIM para o Ministério da Saúde, é de, no máximo, 30 (trinta) dias a contar da data da ocorrência.

§ 3º O prazo para a equipe de vigilância de óbito materno responsável concluir o levantamento dos dados que compõem a investigação, enviar o material ao comitê de morte materna de referência e enviar a ficha-síntese da investigação epidemiológica (Anexo III) ao gestor do SIM é de, no máximo, 120 (cento e vinte) dias a contar da data da ocorrência.

§ 4º O prazo para o gestor do SIM providenciar a alimentação do módulo de investigação de óbitos maternos com os dados da ficha-síntese da investigação epidemiológica (Anexo III) é de, no máximo, 7 (sete) dias a contar do seu recebimento.

§ 5º O prazo para atualizar o SIM, com os dados oriundos da ficha síntese da investigação epidemiológica, incluindo alterações da causa do óbito devidamente recodificada e resseleccionada quando cabível, bem como a transferência do registro alterado e a sua disponibilização para o Ministério da Saúde, é de 30 (trinta dias) após a conclusão da investigação de que trata o § 3º.

Art.6º Determinar que o descumprimento do disposto no Art. 5º desta Portaria acarretará nas punibilidades previstas em lei e nas penalidades de que trata os artigos 21, 22 e 23 da Portaria nº. 1.172/GM, de 15 de junho de 2004.

Art.7º Estabelecer que o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), ou as direções técnicas, clínicas e de enfermagem dos estabelecimentos de saúde onde estes NHE não estejam ainda implantados, ou estruturas específicas definidas por cada gestor local de saúde, deverão realizar busca ativa, diariamente, de óbitos maternos declarados e óbitos de mulher em idade fértil, ocorridos ou atestados em suas dependências, independente da causa e garantir os fluxos e os prazos estabelecidos nesta Portaria.

Art.8º Definir que os hospitais, consultórios médicos e unidades básicas de saúde, ou outro serviço de saúde onde a mulher recebeu assistência, deverão disponibilizar à equipe de vigilância de óbitos maternos acesso aos prontuários, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a solicitação, para viabilizar o início oportuno da investigação dos óbitos maternos declarados, ou de mulher em idade fértil de qualquer causa.

Parágrafo único. A equipe de vigilância de óbitos maternos utilizará este material para coletar dados, transcrevendo-os para instrumento próprio utilizado na investigação (artigo 4º), devendo garantir o sigilo e a privacidade das pacientes, seguindo os preceitos éticos vigentes.

Art.9º Determinar que a conclusão da investigação epidemiológica é uma atribuição da equipe de vigilância de óbitos de referência do Município de residência da mulher, e deverá ser apoiada pela equipe de vigilância de óbitos de referência do Município onde a mesma recebeu assistência (ao pré-natal, parto, aborto ou puerpério) ou faleceu, caso a assistência e/ou falecimento tenha(m) ocorrido fora do Município onde residia.

Art.10º Determinar que o Departamento de Análise da Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde (DASIS/SVS/MS) informará, quinzenalmente, a Área Técnica de Saúde da Mulher, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (DAPE/SAS/MS) e o Centro de Informação Estratégica em Vigilância em Saúde (CIEVS/SVS/MS), os casos informados de óbito materno no SIM e disponibilizará, com esta regularidade, uma versão atualizada da base nacional do SIM na rede interna do MS, com o extrato de óbitos maternos, segundo o recorte definido no manual de morte materna do Ministério da Saúde.

Art.11º Estabelecer que o DASIS/SVS/MS em conjunto com o CIEVS/SVS/MS e a Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPE/SAS realizem monitoramento dos dados nacionais, concedendo acessos com recortes específicos para gestores e cidadãos.

Art.12º Determinar que a Secretaria de Vigilância em Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde e o DATASUS apoiem a operacionalização do disposto nesta Portaria.

Parágrafo único. O módulo de investigação de óbitos maternos do sistema de informação sobre mortalidade deverá estar concluído e em operação no prazo de até 60 (sessenta) dias após a publicação desta Portaria.

Art.13º Esta Portaria entra em vigor a partir de sua publicação.

Art.14º Ficam revogados os parágrafos 1º e 2º do art. 1º e o art. 3º da Portaria nº 653/GM, de 28 de maio de 2003, publicada no DOU nº 103, de 30 de maio de 2003, seção 1, página 79.

José Gomes Temporão

ANEXO I

Preenchimento da Declaração de Óbito e Sua Caracterização Como Uma Informação Acerca de Um Caso de Óbito Materno

O adequado preenchimento da Declaração de Óbito é o que fará com que esta seja caracterizada como uma notificação de óbito materno.

Todos os campos da declaração de óbitos são importantes, mas dois conjuntos de informação integrantes do Bloco VI deste instrumento são essenciais para esta finalidade. São eles:

1 - Os campos relativos a óbitos em mulheres:

Campo 43 - o óbito ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto?

Campo 44 - o óbito ocorreu durante o puerpério?

Uma resposta afirmativa a um dos campos acima caracteriza uma notificação de casos suspeito de óbito materno, sujeito a investigação para confirmação ou descarte.

2 - Os campos do atestado de óbito com determinados diagnósticos informados:

Uma declaração que tenha informado em qualquer das linhas do atestado de óbito, um ou mais dos diagnósticos abaixo elencados deverá ser considerado uma notificação de casos suspeito de óbito materno, sujeito à investigação para confirmação ou descarte:

2.1- Diagnósticos constantes do Capítulo XV da CID 10:

CAPÍTULO XV DA CID 10 COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

O00-O08 Gravidez que termina em aborto

O00 Gravidez ectópica

O01 Mola hidatiforme

O02 Outros produtos anormais da concepção

O03 Aborto espontâneo

O04 Aborto por razões médicas e legais

O05 Outros tipos de aborto

O06 Aborto não-especificado

O07 Falha de tentativa de aborto

O08 Complicações conseqüentes a aborto e gravidez ectópica ou molar

O10-O16 Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério

O10 Hipertensão pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério

O11 Distúrbio hipertensivo pré-existente com proteinúria superposta

O12 Edema e proteinúria gestacionais [induzidos pela gravidez], sem hipertensão

O13 Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] sem proteinúria significativa

O14 Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] com proteinúria significativa

O15 Eclâmpsia

O16 Hipertensão materna não-especificada

O20-O29 Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez

O20 Hemorragia do início da gravidez

O21 Vômitos excessivos na gravidez

O22 Complicações venosas na gravidez

O23 Infecções do trato geniturinário na gravidez

O24 Diabetes mellitus na gravidez

O25 Desnutrição na gravidez

O26 Assistência materna por outras complicações ligadas predominantemente a gravidez

O28 Achados anormais do rastreamento ["screening"] antenatal da mãe

O29 Complicações de anestesia administrada durante a gravidez

O30-O48 Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto

O30 Gestação múltipla

O31 Complicações específicas de gestação múltipla

O32 Assistência prestada à mãe por motivo de apresentação anormal, conhecida ou suspeitada, do feto

O33 Assistência prestada à mãe por uma desproporção conhecida ou suspeita

O34 Assistência prestada à mãe por anormalidade, conhecida ou suspeita, dos órgãos pélvicos maternos

O35 Assistência prestada à mãe por anormalidade e lesão fetais, conhecidas ou suspeitadas

O36 Assistência prestada à mãe por outros problemas fetais conhecidos ou suspeitados

O40 Polihidrânio

O41 Outros transtornos das membranas e do líquido amniótico

O42 Ruptura prematura de membranas

O43 Transtornos da placenta

O44 Placenta prévia

O45 Descolamento prematuro da placenta [abruptio placentae]

O46 Hemorragia anteparto não-classificada em outra parte

O47 Falso trabalho de parto

O48 Gravidez prolongada

O60-O75 Complicações do trabalho de parto e do parto

O60 Parto pré-termo

O61 Falha na indução do trabalho de parto

O62 Anormalidades da contração uterina

O63 Trabalho de parto prolongado

O64 Obstrução do trabalho de parto devida à má-posição ou má-apresentação do feto

O65 Obstrução do trabalho de parto devida a anormalidade pélvica da mãe

O66 Outras formas de obstrução do trabalho de parto

O67 Trabalho de parto e parto complicados por hemorragia intraparto não classificados em outra parte

O68 Trabalho de parto e parto complicados por sofrimento fetal

O69 Trabalho de parto e parto complicados por anormalidade do cordão umbilical

O70 Laceração do períneo durante o parto

O71 Outros traumatismos obstétricos

O72 Hemorragia pós-parto
 O73 Retenção da placenta e das membranas, sem hemorragias
 O74 Complicações de anestesia durante o trabalho de parto e o parto
 O75 Outras complicações do trabalho de parto e do parto não-classificadas em outra parte

O80-O84 Parto

O80 Parto único espontâneo
 O81 Parto único por fórceps ou vácuo-extrator
 O82 Parto único por cesariana
 O83 Outros tipos de parto único assistido
 O84 Parto múltiplo

O85-O92 Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério

O85 Infecção puerperal
 O86 Outras infecções puerperais
 O87 Complicações venosas no puerpério
 O88 Embolia de origem obstétrica
 O89 Complicações da anestesia administrada durante o puerpério
 O90 Complicações do puerpério não classificadas em outra parte
 O91 Infecções mamárias associadas ao parto
 O92 Outras afecções da mama e da lactação associadas ao parto

O95-O99 Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte

O95 Morte obstétrica de causa não-especificada
 O96 (*) Morte, por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de 1 ano, após o parto
 O97 (*) Morte por seqüelas de causas obstétricas diretas
 O98 Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério
 O99 Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério

Observações:

O08 Este código só deve ser usado para classificar morbidade.
 O30 Não deve ser usado para codificação de causa básica.
 O32 Não deve ser utilizado se houver menção de O33. Se isto ocorrer, usar O33;
 O33.9 Não deve ser utilizado se houver menção de O 33.0-O 33.3. Nesses casos, usar a O33.0-O33.3
 O64 Não deve ser usado se houver menção de O 65. Se isto ocorrer usar O65;

 O80 - O84 Estes códigos não devem ser utilizados para classificar causa de morte, mas sim para morbidade. Se nenhuma outra causa de morte materna for informada, codifique como complicações não-especificadas de trabalho de parto e parto O75.9

 O95 Usar apenas quando não houver mais nenhuma informação e estiver escrito somente “materna” ou obstétrica.

(*) Embora não entrem no cálculo da Razão de Morte Materna devem ser investigados os óbitos codificados como O96 e O97 (Morte Materna Tardia e Morte por Sequela de Causa Obstétrica Direta).

2.2- Diagnósticos fora do Capítulo XV da CID-10 - algumas doenças que não constam no Capítulo XV também devem ser levadas em conta. São elas:

- Tétano obstétrico (cód. A34, Cap. I);
- Osteomalácia puerperal (cód. M83.0, Cap. XII);
- Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (cód. F53, Cap. V);
- Necrose pós-parto da hipófise (cód. E23.0, Cap. IV) - (**);
- Mola hidatiforme maligna (cód. D39.2, Cap. II) - (**); e
- Doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (cód. B20 a B24, Cap. I.) - (*).

(**) Para estes casos, deve ficar comprovada a relação com o estado gravídico-puerperal e o óbito deve ter ocorrido até 42 dias após o parto. É importante destacar que, embora sejam raras, existem causas externas (Cap. XX) que comprometem o estado gravídico-puerperal e devem ser considerados óbitos maternos, desde que não haja dúvida em relação a esse comprometimento.

ANEXO II

Fluxo Especial Para Declarações de Óbito Com Informação Acerca de Óbitos Maternos Declarados, Bem Como os Óbitos De Mulher em Idade Fértil

As declarações de óbito com informação acerca de óbito materno declarado, bem como os óbitos de mulher em idade fértil deverão seguir fluxo e prazos especiais descritos abaixo, ou o fluxo existentes em cada Unidade Federada (UF) desde que obedecidos os prazos estabelecidos, para o cumprimento desta Portaria:

- 1 - O hospital ou serviço onde ocorreu ou que emitiu a DO de óbito encaminha a 1ª via, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, para o gestor do sistema de informação sobre mortalidade responsável pelo processamento dos dados de mortalidade ocorridos no Município.
- 2 - O setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município encaminha, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, cópia da 1ª via da DO para equipe de Vigilância de Óbito Materno da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Regional ou Secretaria Estadual de Saúde (SES), responsável pela investigação, conforme o fluxo definido em cada local que corresponde a, no máximo, 96 (noventa e seis) horas após o óbito.
- 3 - A equipe de Vigilância do Óbito Materno da SMS inicia imediatamente a investigação, conforme rotinas e fluxos pactuados junto com a SES em cada UF, utilizando para isso as fontes disponíveis e os instrumentos próprios de investigação padronizados para uso na UF, ou os instrumentos padrão recomendados pela publicação 'Manual dos Comitês de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde' - ficha B para coletar dados em domicílio; ficha C para coletar dados hospitalares e serviços assistenciais de saúde em geral; e ficha D para coletar dados de laudos de necropsia do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) ou IML, quando aplicáveis - ou outros que venham a ser recomendados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

4 - Quando a UF optar por usar instrumentos de coleta de dados diferentes daqueles recomendados pelo Ministério da Saúde, estes deverão obrigatoriamente incluir os quesitos constantes no formulário padronizado conforme disposto no Anexo III a esta Portaria, e que servirá de documento base para alimentar o sistema de informação do módulo de investigação de óbitos do SIM;

5 - Simultaneamente ao encaminhamento da DO à equipe de vigilância de óbitos maternos, o setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município realiza a codificação das causas na declaração de óbitos, e faz a 1ª entrada dos dados no aplicativo do SIM, informando neste momento o conteúdo original da DO, e que o óbito não está investigado;

6 - A SES pactuará fluxo com as SMS de modo a garantir que os dados inseridos no SIM sejam transferidos via SISNET (a partir do nível que considerar mais adequado, municipal, regional, ou estadual) no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o óbito, assegurando assim que esses dados estejam disponíveis na base estadual e federal instantaneamente neste momento.

7 - As equipes de vigilância de óbitos maternos deverão concluir e informar o resultado da investigação epidemiológica no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias após a data do óbito.

8 - Informar o resultado da investigação epidemiológica significa:

a) encaminhar ao setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município, o Relatório-síntese da investigação epidemiológica de óbitos maternos, constante do Anexo III a esta Portaria, devidamente preenchido; e

b) encaminhar todos os formulários utilizados no processo de investigação (fichas hospitalar e/ou ambulatorial e/ou domiciliar e/ou laudos de necropsia do SVO e/ou laudo do IML) ao Comitê de Morte Materna municipal ou de referência para os óbitos de sua área de abrangência, conforme fluxo definido em cada UF.

9 - O setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município digitará o sumário da investigação do óbito materno no módulo de investigação de óbitos do SIM, oferecido pelo MS em aplicativo digital cuja tela de entrada de dados está baseada no formulário padrão (Anexo III), no prazo máximo de 7 (sete) dias após o recebimento do Relatório-síntese, podendo ainda disponibilizar acesso para que a equipe de vigilância de óbitos maternos alimente o referido módulo, conforme a decisão de cada local.

10 - O setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município realiza a 1ª atualização dos dados no aplicativo informatizado do SIM, informando neste momento que o óbito foi investigado, a(s) fonte(s) de dados consultadas durante a investigação e a data da sua conclusão.

11 - Caso a investigação epidemiológica aponte para a necessidade de alterar ou complementar a DO, inclusive com novas causas de óbito, ou permita a codificação de causas não presentes na declaração de óbitos original, as mesmas deverão ser efetuadas e no caso de alteração/atualização das causas de óbito, estas devem passar por um processo de recodificação, e nova seleção de causa básica, que poderá confirmar ou descartar o óbito materno previamente informado, ou classificar como materno um óbito originalmente definido apenas como óbito de mulher em idade fértil sem causa materna.

12 - Em complemento, a equipe de vigilância de óbitos maternos deverá acompanhar a conclusão e emissão de pareceres pelo Comitê de Morte Materna de referência para onde enviaram o resultado de suas investigações epidemiológicas, e comunicar suas conclusões ao setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município para que este possa novamente incorporar possíveis alterações, incluindo nova(s) causa(s) do(s) óbito(s) no SIM.

ANEXO III

Formulário Padrão Com o Sumário da Investigação de Óbito Materno

Formulário padrão com o sumário da investigação de óbito materno a ser adotado obrigatoriamente como instrumento de coleta para alimentar o módulo de investigação de óbitos do SIM, para informar a síntese de cada investigação.

Relatório-síntese da investigação epidemiológica de óbitos maternos – Confidencial:

Dados de identificação da investigação:

- A) Número da DO:
- B) Município/UF de residência da falecida:
- C) Município/UF de ocorrência do óbito:
- D) Data da conclusão da investigação:

1. Fontes de dados consultadas durante a investigação (marcar mais de uma opção se for necessário):

- () Entrevista domiciliar, () Registros ambulatoriais, () Prontuários hospitalares, () SVO, () IML,
() Entrevistas com profissionais de saúde

2. Número de vezes que esteve grávida (excluindo a atual) _____

3. Resultado das gestações anteriores:

- 3.1 N° de partos vaginais: (_____)
- 3.2 N° de partos cesáreos: (_____)
- 3.3 N° de abortamentos/perdas fetais (_____)

4. Data da última menstruação:

5. N° de consultas de pré-natal:

6. Data da 1ª consulta de pré-natal:

7. Mês de gestação quando realizou a 1ª consulta de pré-natal

8. Data da última consulta de pré-natal

9. Idade Gestacional na última consulta de pré-natal (em semanas):

10. Idade Gestacional no momento do óbito (em semanas)

10.1 O óbito ocorreu:

- () Durante a gestação () Durante abortamento () Após abortamento () No parto ou até 1 hora após parto () No puerpério (até 42 dias do término da gestação) () Entre o 43 dia e até 1 ano após o

término da gestação () Mais de um ano após o parto () A investigação não conseguiu identificar o momento do óbito.

11. Em caso de óbito durante ou após abortamento (na pergunta anterior), o aborto foi:

() Espontâneo () Induzido Legalmente () Provocado () Não Sabe

12. Em caso de óbito durante parto, ou puerpério, qual foi o tipo de parto?

() Parto vaginal () cesariana () não sabe

13. Estabelecimento (s) de saúde onde fez o pré-natal:

Nome: _____ CódigoCNES: _____

Nome: _____ CódigoCNES: _____

Nome: _____ CódigoCNES: _____

14. Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto ou aborto

Nome: _____ CódigoCNES: _____

15. A investigação permitiu o resgate de alguma causa de óbito não-informada, ou a correção de alguma antes informada?

- () Não acrescentou nem corrigiu informação,
 () Sim permitiu o resgate de novas informações
 () Sim permitiu a correção de alguma das causas informadas originalmente

16. Causas do óbito levantadas/confirmadas na investigação para revisão da declaração de óbito original: Descrição dos diagnósticos e CID opcional (caso necessário, pode-se anotar mais de um diagnóstico por linha)

PARTE I:

16.1 Linha A): _____

16.2 Linha B): _____

16.3 Linha C): _____

16.4 Linha D): _____

PARTE II

16.5 Descrição e CID: _____

17. A investigação permitiu a alteração de alguma outra variável da declaração de óbitos além da causa e dos campos 43 e 44:

() NÃO () SIM

Caso afirmativo, Quais campos e que alterações?

Campo _____ Estava _____ Investigação alterou para _____

Campo _____ Estava _____ Investigação alterou para _____

Campo _____ Estava _____ Investigação alterou para _____

Campo _____ Estava _____ Investigação alterou para _____

Campo _____ Estava _____ Investigação alterou para _____
Campo _____ Estava _____ Investigação alterou para _____

18. O caso foi encaminhado para o Comitê de Morte Materna?

() SIM () NÃO

19. Data do encaminhamento ao comitê (em caso afirmativo)

() SIM () NÃO

20. O comitê de morte materna deu parecer?

() SIM () NÃO

21. Em caso afirmativo para a pergunta 20, as causas do óbito corrigidas acima, expressam o parecer do comitê de morte materna?

() SIM () NÃO () Não se aplica, o comitê não emitiu parecer ainda () Não se aplica, a vigilância não teve acesso ao parecer emitido pelo comitê.



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

Portaria nº 116, de 11 de Fevereiro de 2009

Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde.

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto Nº 5.974, de 29 de novembro de 2006, e

Considerando a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 e suas alterações, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando o Decreto nº. 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria nº. 1.172/GM, de 15 de junho de 2004, que regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde e define a sistemática de financiamento;

Considerando a Portaria Nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº. 2.656/GM, de 17 de outubro de 2007, que dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas; e

Considerando a Resolução CFM nº. 1.779/2005, que regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de óbito, resolve:

CAPÍTULO I

Das Disposições Iniciais

- Art.1º** O conjunto de ações relativas à coleta, codificação, processamento de dados, fluxo, consolidação, avaliação e divulgação de informações sobre os óbitos ocorridos no País compõe o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- Art.2º** O conjunto de ações relativas à coleta, codificação, processamento de dados, fluxo, consolidação, avaliação e divulgação de informações sobre nascidos vivos ocorridos no País compõe o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

CAPÍTULO II

Das Competências

- Art.3º** A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), como gestora nacional do SIM e do SINASC, tem as seguintes atribuições:

- I - Estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas;
- II - Consolidar e avaliar os dados processados e transferidos pelos Estados;
- III - Estabelecer prazos para o envio de dados pelo nível Estadual;
- IV - Desenvolver ações visando o aprimoramento da qualidade da informação;
- V - Retroalimentar os dados para os integrantes do Sistema; e
- VI - Divulgar informações e análises epidemiológicas.

§ 1º Para cumprir o disposto na alínea V deste Artigo, a SVS/MS garantirá ferramentas que assegurem aos Gestores Estaduais/Distrito Federal, Municipais e aos Chefes de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, a retroalimentação automática dos dados de interesse transferidos ao módulo nacional do sistema.

§ 2º A SVS/MS é responsável pela geração e manutenção do cadastro de acesso dos Gestores Estaduais ao módulo nacional do sistema, de forma que possam utilizar o módulo de retroalimentação automática do sistema.

- Art.4º** As Secretarias de Estado da Saúde, gestoras estaduais do SIM e do SINASC, em consonância com normas e diretrizes nacionais, têm as seguintes atribuições:

- I - Criar e manter as condições necessárias à descentralização do sistema até o nível municipal;
- II - Consolidar e avaliar os dados provenientes das unidades notificadoras no âmbito do seu território;
- III - Estabelecer fluxos e prazos para o envio de dados pelo nível municipal e/ou regional;
- IV - Remeter regularmente os dados ao nível nacional do sistema, dentro dos prazos estabelecidos nesta Portaria;
- V - Desenvolver ações visando o aprimoramento da qualidade da informação;
- VI - Retroalimentar os dados para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS);
- VII - Divulgar informações e análises epidemiológicas; e

VIII - Estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do Estado, em caráter complementar à atuação do nível Federal.

§ 1º Para cumprir o disposto na alínea V deste Artigo, o Gestor Estadual dos sistemas será responsável pela geração e manutenção do cadastro dos Gestores Municipais, de forma que possam utilizar o módulo de retroalimentação automática do sistema, garantido pela SVS/MS no módulo nacional do sistema.

§ 2º Os Gestores Municipais de localidades com a presença de população indígena aldeia em seu território, devem estabelecer pactuação com os Chefes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas referente à operacionalização do SIM e SINASC, na área de intersecção entre estes e o âmbito do Município.

Art.5º As Secretarias Municipais de Saúde, gestoras do SIM e do SINASC no âmbito municipal, em consonância com normas e diretrizes nacionais e estaduais, têm as seguintes atribuições:

- I - Coletar, processar, consolidar e avaliar os dados provenientes das unidades notificantes;
- II - Transferir os dados em conformidade com os fluxos e prazos estabelecidos pelos níveis nacional e estadual;
- III - Desenvolver ações para o aprimoramento da qualidade da informação;
- IV - Retroalimentar os dados para as unidades notificadoras;
- V - Divulgar informações e análises epidemiológicas; e
- VI - Estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do Município, em caráter complementar à atuação das esferas Federal e Estadual.

Art.6º O órgão responsável pela Coordenação Nacional do Subsistema de Saúde Indígena no SUS, no Ministério da Saúde, terá as seguintes atribuições em relação à operacionalização do SIM e do SINASC:

- I - Estabelecer parceria com a SVS/MS e pactuação com os gestores estaduais e distritais indígenas, referente a operacionalização do SIM e SINASC na área de intersecção entre estes;
- II - Gerar e manter o cadastro dos Chefes Distritais de Saúde Indígena, de forma que possam utilizar o módulo de retroalimentação automática do sistema, garantido pela SVS no módulo nacional do sistema;
- III - Criar e manter as condições necessárias à descentralização do sistema até a esfera distrital do Subsistema de Saúde Indígena.
- IV - Desenvolver ações, em parceria com a SVS/MS, visando o aprimoramento da qualidade da informação;
- IV - Divulgar informações e análises epidemiológicas; e
- V - Estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito dos distritos sanitários especiais indígenas, em consonância com as normas e diretrizes nacionais e estaduais.

Art.7º Compete aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), enquanto coordenadores do SIM e do SINASC no recorte territorial de sua área de abrangência, em consonância com normas e diretrizes nacionais e estaduais:

- I - Estabelecer pactuação com os gestores municipais para operacionalização do SIM e SINASC, na área de intersecção entre estes e o âmbito do Distrito;

- II - Coletar, processar e consolidar os dados provenientes dos eventos ocorridos em aldeias indígenas;
- III - Analisar os dados provenientes de eventos envolvendo indígenas, independente do local de ocorrência;
- IV - Transferir os dados, observados os fluxos e prazos estabelecidos pelos níveis nacional e estadual;
- V - Desenvolver ações para o aprimoramento da qualidade da informação;
- VI - Retroalimentar os dados para as unidades notificadoras;
- VII - Divulgar informações e análises epidemiológicas; e
- VIII - Estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito de seu território, em caráter complementar à atuação das esferas Federal e Estadual.

Parágrafo único. A competência dos DSEI no que se refere à alimentação de óbitos e nascimentos no SIM e SINASC, refere-se exclusivamente aos eventos ocorridos em aldeias indígenas, sendo que os eventos envolvendo indígenas, ocorridos fora destes territórios são de competência dos gestores Estaduais e Municipais do SUS, e seus registros nestes sistemas, estarão acessíveis aos DSEI por meio de retroalimentação.

Art.8º Compete ao Distrito Federal, no que couberem, as atribuições referentes a estados e municípios.

CAPÍTULO III

Dos Sistemas e Documentos-padrão

SEÇÃO I

Do Sistema Informatizado

Art.9º O Departamento de Análise da Situação de Saúde (DASIS/SVS/MS) é o responsável pela distribuição das versões atualizadas dos sistemas informatizados, necessários ao processamento dos dados coletados e registrados nos documentos-padrão, bem como a definição das estruturas responsáveis pelo treinamento e suporte técnico para implantação, operação, monitoramento e avaliação dos sistemas junto às Secretarias Estaduais de Saúde, que os repassarão para as Secretarias Municipais, de acordo com estratégias estabelecidas por cada Unidade Federada.

§ 1º A distribuição de versões personalizadas do aplicativo informatizado para atender especificidades dos DSEI será realizada pelo DASIS/SVS/MS que as repassarão ao órgão responsável pela Coordenação Nacional do Subsistema de Saúde Indígena no SUS, no Ministério da Saúde, que as distribuirão para os DSEI.

SEÇÃO II

Dos Documentos-padrão

Art.10 Deve ser utilizado o formulário da Declaração de Óbito (DO), constante no Anexo I desta Portaria, ou novos modelos que venham a ser distribuídos pelo Ministério da Saúde, como documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, para a coleta dos dados sobre óbitos e considerado como o documento hábil para os fins do Art. 77, da Lei nº. 6.015/1973 para a lavratura da Certidão de Óbito, pelos Cartórios do Registro Civil.

Art.11 Deve ser utilizado o formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), constante do Anexo II desta Portaria, ou novos modelos que venham a ser distribuídos pelo Ministério da Saúde, como documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, para a coleta dos dados sobre nascidos vivos, considerado como o documento hábil para os fins do inciso IV, Art. 10, da Lei nº. 8.069/1990, e do Art. 50, da Lei nº 6.015/1973 para a lavratura da Certidão de Nascimento, pelos Cartórios do Registro Civil.

§ 1º A emissão da DN em caso de registro tardio, deve ser regulamentada pelas SES na área de sua competência, não podendo, entretanto, ocorrer para eventos anteriores à implantação do SINASC em cada Unidade Federada.

§ 2º O DASIS/SVS/MS elaborará e divulgará regularmente as rotinas e procedimentos operacionais necessários ao preenchimento da DO e da DN, bem como os conceitos, critérios e definições de cada campo das declarações.

Art.12 A DO e a DN devem ter sua impressão, distribuição e controle sob a responsabilidade da SVS/MS, que poderá delegá-las às Secretarias Estaduais de Saúde, mediante pactuação.

§1º A DO e a DN devem ser impressas com seqüência numérica única, em conjuntos de três vias autocopiativas, conforme fotolito padronizado pela SVS/MS que poderá ser fornecido às Secretarias Estaduais de Saúde, sempre que houver a pactuação prevista no caput deste Artigo.

§ 2º Cabe ao DASIS/SVS/MS, o controle da numeração que será utilizada nos formulários de ambos os sistemas.

§ 3º As Secretarias Estaduais de Saúde que pactuarem a delegação prevista no caput deste Artigo, deverão solicitar ao DASIS/SVS/MS, a faixa numérica a ser utilizada sempre que for necessária a impressão de novos formulários.

Art.13 As Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela distribuição das DO e DN, diretamente ou por meio das suas instâncias regionais de saúde, às Secretarias Municipais de Saúde e aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que estabelecerão controle sobre a distribuição e utilização de cada um dos documentos padrão, em sua esfera de gerenciamento dos sistemas.

§ 1º As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os DSEI deverão informar e manter atualizado o módulo de distribuição de documentos-padrão, DO e DN, no aplicativo informatizado dos sistemas.

§ 2º A distribuição de DO e DN para DSEI cuja área de abrangência extrapole os limites de uma UF, será de responsabilidade do órgão responsável pela Coordenação Nacional do Subsistema de Saúde Indígena no SUS, no Ministério da Saúde, mediante pactuação com a SVS/MS.

§ 3º A SVS/MS deverá apresentar padrão para interoperabilidade entre o módulo de distribuição de documentos-padrão SIMSINASC e os sistemas informatizados de controle de documentos padrão das UF, que disponham de ferramenta mais completas e eficazes, permitindo que estas os utilizem em substituição aos sistemas oficiais, após análise técnica e pactuação com o Ministério da Saúde.

§ 4º As Secretarias Municipais de Saúde deverão fornecer e controlar a utilização de formulários de DO para as seguintes unidades notificadoras e notificadores, que passarão a serem responsáveis solidárias pela série numérica recebida:

- I - Estabelecimentos e Serviços de saúde, inclusive os de atendimento ou internação domiciliar;
- II - Institutos Médicos Legais (IML);
- III - Serviços de Verificação de Óbitos (SVO); e
- IV - Médicos cadastrados pelas Secretarias Municipais de Saúde.

§ 5º É vedada a distribuição da DO às empresas funerárias.

§ 6º É permitida a distribuição de formulários de DO para cartórios de Registro Civil, somente em localidades onde não exista médico, salvo decisão em contrário do Gestor Municipal de Saúde a ser pactuada nas instâncias colegiadas do SUS com a Secretaria Estadual de Saúde, e em consonância com a Corregedoria de Justiça local.

§ 7º Os DSEI deverão fornecer e controlar a utilização de formulários de DO e DN para os profissionais de saúde cadastrados pelo órgão responsável pela Coordenação Nacional do Subsistema de Saúde Indígena no SUS, no Ministério da Saúde, que passarão a serem responsáveis solidários pela série numérica recebida.

§ 8º As Secretarias Municipais de Saúde deverão fornecer e controlar a utilização de formulários de DN para as seguintes unidades notificadoras e notificadores, que passarão a serem responsáveis solidárias pela série numérica recebida:

- I - Estabelecimentos e Serviços de Saúde, onde possam ocorrer partos, inclusive os de atendimento ou internação domiciliar;
- II - Médicos e enfermeiros, parteiras tradicionais reconhecidas e vinculadas a unidades de saúde, que atuem em partos domiciliares, cadastrados pelas Secretarias Municipais de Saúde; e
- III - Cartórios de Registro Civil.

§9º A emissão indevida da DO e DN, quando conhecida, deve ser denunciada aos órgãos competentes pela instância que tinha a sua guarda, e pela instância que diretamente a distribuiu ao Notificador que tinha a última guarda.

SEÇÃO III

Do Processamento dos Dados

Art.14 A SES deve organizar a logística de processamento de dados, cobrindo todo o território da UF, incluindo a definição do local onde serão processados os dados de eventos ocorridos em municípios que, por qualquer motivo, não assumam diretamente esta atribuição.

Parágrafo único. A ausência de condições em assumir o processamento de dados, não isenta o Município de todas as demais responsabilidades envolvidas na gestão do sistema, como distribuição e controle de documentos, coleta, busca ativa, aprimoramento da qualidade, investigação, etc.

Art.15 A SES e a SMS devem manter equipes para manutenção dos sistemas de informação, composta dos profissionais necessários às várias funções assumidas, incluindo a codificação de causas de mortalidade.

Art.16 Os dados constantes da DO e da DN deverão ser processados no Município onde ocorreu o evento.

§ 1º O processamento dos dados das DO emitidas pelos IML e SVO poderá, a critério da SES, ser realizado no Município que sedia o referido serviço e não no Município de ocorrência, de forma a assegurar o seu efetivo processamento.

§ 2º Além da retroalimentação de eventos de residentes ocorridos fora do Município ou UF, a SVS/MS disponibilizará meios para assegurar a retroalimentação aos municípios de ocorrência de dados de eventos processados em outros municípios ou UF.

§ 3º Os eventos ocorridos em aldeias indígenas, terão as DO e as DN processadas sob a responsabilidade do DSEI da área de abrangência correspondente, conforme lista constante do Anexo III.

§ 4º A SVS/MS disponibilizará meios para assegurar a retroalimentação dos dados de eventos ocorridos e processados nos DSEI, aos municípios e UF onde as aldeias estejam sediadas.

§ 5º A SVS/MS disponibilizará meios para assegurar que os dados de eventos ocorridos fora do Município de residência possam ter os dados de endereçamento qualificados no sistema informatizado, pelo Município de residência, após a retroalimentação, visando à busca ativa e vigilância a saúde do RN.

SEÇÃO IV

Das atribuições e responsabilidades dos médicos sobre a emissão da Declaração de Óbito

Art.17 A emissão da DO é de competência do médico responsável pela assistência ao paciente, ou substitutos, excetuando-se apenas os casos confirmados ou suspeitos de morte por causas externas, quando a responsabilidade por este ato é atribuída ao médico do IML ou equivalente.

Art.18 Os dados informados em todos os campos da DO são de responsabilidade do médico que atestou a morte, cabendo ao atestante preencher pessoalmente e revisar o documento antes de assiná-lo.

Art.19 A competência para a emissão da DO será atribuída com base nos seguintes parâmetros:

I - Nos óbitos por causas naturais com assistência médica, a DO deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente, ou de acordo com as seguintes orientações:

a) A DO do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua ausência ou impedimento, pelo médico substituto, independente do tempo decorrido entre a admissão ou internação e o óbito;

b) A DO do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO;

c) A DO do paciente em tratamento sob regime domiciliar na Estratégia Saúde da Família (ESF), internação domiciliar e outros-deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, podendo ainda ser emitida pelo SVO, caso o médico não disponha de elementos para correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento registrado nos prontuários ou fichas médicas destas instituições; e

d) Nas localidades sem SVO ou referência de SVO definida pela CIB, cabe ao médico da ESF ou da Unidade de Saúde mais próxima verificar a realidade da morte, identificar o falecido e emitir a DO, nos casos de óbitos de paciente em tratamento sob regime domiciliar, podendo registrar "morte com causa indeterminada" quando os registros em prontuários ou fichas médicas não ofereçam elementos para correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento que fazia. Se a causa da morte for desconhecida, poderá registrar "causa

indeterminada" na Parte I do Atestado Médico da DO, devendo entretanto se tiver conhecimento, informar doenças pré-existentes na Parte II deste documento.

II - Nos óbitos por causas naturais, sem assistência médica durante a doença que ocasionou a morte:

- a) Nas localidades com SVO, a DO deverá ser emitida pelos médicos do SVO;
- b) Nas localidades sem SVO, a Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento e, na sua ausência, por qualquer médico da localidade. Se a causa da morte for desconhecida, poderá registrar "causa indeterminada" na Parte I do Atestado Médico da DO, devendo, entretanto se tiver conhecimento, informar doenças pré-existentes na Parte II deste documento.

III - Nos óbitos fetais, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a DO quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 (vinte) semanas, ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas, e/ou estatura igual ou superior a 25 (vinte e cinco) centímetros.

IV - Nos óbitos não fetais, de crianças que morreram pouco tempo após o nascimento, os médicos que prestaram assistência à mãe ou à criança, ou seus substitutos, ficam obrigados a fornecer a DO independente da duração da gestação, peso corporal ou estatura do recém-nascido, devendo ser assegurada neste caso também a emissão da Declaração de Nascidos Vivos pelo médico presente ou pelos demais profissionais de saúde.

V - Nas mortes por causas externas:

- a) Em localidade com IML de referência ou equivalente, a DO deverá, obrigatoriamente, ser emitida pelos médicos dos serviços médico-legais, qualquer que tenha sido o tempo decorrido entre o evento violento e a morte propriamente; e
- b) Em localidade sem IML de referência ou equivalente, a DO deverá ser emitida por qualquer médico da localidade, ou outro profissional investido pela autoridade judicial ou policial na função de perito legista eventual (ad hoc), qualquer que tenha sido o tempo decorrido entre o evento violento e a morte propriamente.

§ 6º Nos óbitos ocorridos em localidades onde exista apenas um médico, este é o responsável pela emissão da DO.

§ 7º Nos óbitos naturais ocorridos em localidades sem médico, a emissão das 3 (três) vias da DO deverá ser solicitada ao Cartório do Registro Civil de referência, pelo responsável pelo falecido, acompanhado de 2 (duas) testemunhas, em conformidade com os fluxos acordados com as corregedorias de Justiça local.

§ 8º As Secretarias Municipais de Saúde deverão indicar o médico que emitirá a DO, de acordo com o preconizado acima, caso restem dúvidas sobre a atribuição.

§ 9º As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não notificados ao SIM.

SEÇÃO V

Do Fluxo da Declaração de Óbito

Art.20 No caso de óbito natural ocorrido em estabelecimento de saúde, a DO emitida na Unidade Notificadora, terá a seguinte destinação:

- I - 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;
- II - 2ª via: representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e
- III - 3ª via: Unidade Notificadora, para arquivar no prontuário do falecido.

Art.21 No caso de óbito natural ocorrido fora de estabelecimento de saúde e com assistência médica, a DO preenchida pelo médico responsável, conforme normatizado na Seção IV, terá a seguinte destinação:

- I - 1ª e 3ª vias: Secretarias Municipais de Saúde; e
- II - 2ª via: representante/responsável da família do falecido para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento.

Parágrafo único. No caso de óbito natural, sem assistência médica em localidades sem SVO, as vias da DO emitidas pelo médico do Serviço de Saúde mais próximo, ou pelo médico designado pela Secretaria Municipal de Saúde, em conformidade com o § 8º do Art. 19 desta Portaria, deverão ter a mesma destinação disposta no caput deste Artigo.

Art.22 No caso de óbito natural, sem assistência médica em localidades com SVO, a DO emitida pelo médico daquele Serviço, deverão ter a seguinte destinação:

- I - 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;
- II - 2ª via: representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e
- III - 3ª via: Serviço de Verificação de Óbitos.

Art.23 No caso de óbito natural ocorrido em localidade sem médico, a DO preenchida pelo Cartório do Registro Civil terá a seguinte destinação:

- I - 1ª e 3ª vias: Cartório de Registro Civil, para posterior coleta pela Secretaria Municipal de Saúde responsável pelo processamento dos dados; e
- II - 2ª via: Cartório de Registro Civil, que emitirá a Certidão de Óbito a ser entregue ao representante/responsável pelo falecido.

§ 1º As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não notificados, valendo-se de todos os meios disponíveis para esta finalidade.

§ 2º No caso de óbito de indígena ocorrido em aldeia, nas condições do caput deste Artigo, a 1ª via será coletada pelo DSEI para processamento dos dados.

Art.24 No caso de óbito natural ocorrido em aldeia indígena, com assistência médica, a DO emitida terá a seguinte destinação:

- I - 1ª via: Distrito Sanitário Especial Indígena;
- II - 2ª via: representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e
- III - 3ª via: Unidade Notificadora, para arquivar no prontuário do falecido.

Art.25 Nos casos de óbitos por causas acidentais e/ou violentas, as três vias da DO, emitidas pelo médico do IML de referência, ou equivalente, deverão ter a seguinte destinação:

- I - 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;
- II - 2ª via: representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e
- III - 3ª via: Instituto Médico Legal.

Art.26 Nos casos de óbitos por causas acidentais e/ou violentas, nas localidades onde não exista IML de referência, ou equivalente, as três vias da DO, emitidas pelo perito designado pela autoridade judicial ou policial para tal finalidade, deverão ter a seguinte destinação:

- I - 1ª e 3ª vias: Secretarias Municipais de Saúde; e
- II - 2ª via: representante/responsável da família do falecido para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento.

SEÇÃO VI

Das atribuições e responsabilidades profissionais de saúde ou parteiras tradicionais sobre a emissão da Declaração de Nascido Vivo

Art.27 A emissão da DN é de competência dos profissionais de saúde, ou parteiras tradicionais responsáveis pela assistência ao parto ou ao recém-nascido (reconhecidas e vinculadas a unidades de Saúde), no caso dos partos hospitalares ou domiciliares com assistência.

§ 1º É obrigatória a emissão de DN para todo nascido vivo, independente da duração da gestação, peso e estatura do recém-nascido.

§ 2º Para o preenchimento da DN devem ser privilegiadas as informações prestadas pela puérpera, todos profissionais de saúde presentes em sala de parto, bem como todos os documentos disponíveis, como prontuários e anotações pertinentes.

Art.28 Para partos domiciliares sem assistência de profissionais de saúde ou parteiras tradicionais, a DN deverá ser emitida pelo Cartório de Registro Civil, mediante autorização dada em provimento da Corregedoria de Justiça do Estado.

Art.29 Os nascimentos sem assistência, ocorridos em famílias cadastradas na Estratégia de Saúde da Família ou no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a DN deverá ser emitida por um profissional de saúde devidamente habilitado, pertencente à equipe ou unidade a que a mãe da criança esteja vinculada.

Parágrafo único. As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não notificados ao SINASC.

SEÇÃO VII

Do Fluxo da Declaração de Nascido Vivo

Art.30 Para os partos hospitalares, a DN preenchida pela Unidade Notificadora terá a seguinte destinação:

- I - 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;
- II - 2ª via: pai ou responsável legal, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Nascimento junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento;
- III - 3ª via: arquivo da Unidade de Saúde junto a outros registros hospitalares da puerpera.

Art.31 Para os partos domiciliares com assistência, a DN preenchida pelo profissional de saúde responsável pela assistência, deverá ter a seguinte destinação:

- I - 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;
- II - 2ª via: pai ou responsável legal, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Nascimento junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento;
- III - 3ª via: pai ou responsável legal, para ser apresentada na primeira consulta em Unidade de Saúde.

Art.32 Para os partos domiciliares sem assistência de qualquer profissional de saúde ou parteiras tradicionais - reconhecidas e vinculadas a unidades de saúde - a DN preenchida pelo Cartório de Registro Civil, mediante autorização dada em provimento da Corregedoria de Justiça do Estado terá a seguinte destinação:

- I - 1ª via: Cartório de Registro Civil, até ser recolhida pela Secretaria Municipal de Saúde;
- II - 2ª via: Cartório de Registro Civil, que emitirá a Certidão de nascimento; e
- III - 3ª via: pai ou responsável legal, para ser apresentada na primeira consulta na unidade de saúde.

Parágrafo único. As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não notificados, valendo-se inclusive, dos Agentes Comunitários de Saúde e parteiras tradicionais.

Art.33 Para os partos domiciliares de indígenas em aldeias, com assistência, a DN preenchida pelo profissional de saúde ou parteira tradicional responsável pela assistência, deverá ter a seguinte destinação:

- I - 1ª via: Distrito Sanitário Especial Indígena;
- II - 2ª via: pai ou responsável legal, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Nascimento junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento;
- III - 3ª via: pai ou responsável legal, para ser apresentada na primeira consulta em unidade de saúde.

CAPÍTULO IV

Da transferência dos dados, dos prazos e da regularidade

Art.34 As Secretarias Estaduais de Saúde garantirão a transferência dos dados para o módulo nacional do Sistema, no prazo de até 60 (sessenta) dias após o encerramento do mês de ocorrência do nascimento ou óbito, no volume esperado, por meio eletrônico, via aplicativo, de modo contínuo, regular e automático, para alcançar as seguintes metas e prazos:

I - Os parâmetros adotados para estipular o volume de eventos esperados serão definidos com base nas coberturas (razão entre coletados e esperados) alcançadas por cada UF no último ano estatístico encerrado e publicado, conforme os seguintes estratos:

a) Para as UF com cobertura superior a 90%, será adotado como parâmetro para estipular óbitos e nascimentos esperados em cada mês, o número de registros informados pela UF por meio do próprio sistema de informação nos últimos 5 (cinco) anos.

b) Para as UF com cobertura igual ou inferior a 90%, será adotado como parâmetro para estipular óbitos e nascimentos esperados em cada mês, valor calculado a partir das estimativas adotadas pelo gestor nacional do sistema para o ano corrente, e na sua ausência, para o ano anterior.

II - O parâmetro adotado para monitorar o volume de eventos a serem transferidos no prazo de até 60 (sessenta) dias após o encerramento do mês de ocorrência será definido com base em um percentual pactuado anualmente, que deverá ser aplicado sobre a cobertura alcançada por cada UF no último ano estatístico encerrado e publicado, conforme Anexo IV.

III - O Ministério da Saúde emitirá Nota Técnica anualmente apontando em que estrato se enquadra cada UF para as finalidades que preconizam os incisos I e II deste Artigo.

IV - O Ministério da Saúde emitirá Nota Técnica no prazo máximo de 90 (noventa) dias após a publicação desta Portaria, definindo normas, fluxos e instrumentos sobre a notificação negativa de óbitos e nascimentos por local de ocorrência, que passa a ser então obrigatória, sempre que não ocorram óbitos em um determinado mês.

V - A SVS/MS poderá, por meio de normas específicas definir prazos diferenciados para a digitação e envio de dados sobre eventos especiais, como óbitos infantis, maternos, e outros relacionados direta ou indiretamente a agravos de interesse epidemiológico.

Art.35 As Secretarias Municipais de Saúde e os DSEI deverão disponibilizar os arquivos de transferência ao gestor estadual, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o encerramento do mês de ocorrência, com o volume esperado de registros, segundo parâmetros a serem definidos pelo gestor estadual para viabilizar o alcance de suas metas junto ao gestor nacional.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde poderá indicar parâmetros para estimar volume esperado de nascimentos e óbitos por Município ou micro-regiões formadas por municípios de residência, como forma de apoiar o Gestor Estadual no acompanhamento do envio de dados pelos municípios de que trata o caput deste Artigo.

Art. 36 Os registros transferidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde ao módulo nacional do Sistema deverão ser avaliados quanto à qualidade, completude, consistência e integridade continuamente pelo Gestor Nacional dos sistemas.

§ 1º A qualidade, completude, consistência e integridade dos dados são de responsabilidade do nível de gestão do sistema que o gerou, devendo ser revisado, atualizado e retransmitido por

este até a consolidação do banco de dados, sempre que percebida a necessidade ou demandado pelos demais níveis de gestão do sistema, nos prazos definidos pelos gestores nacional e estadual.

§ 2º A consolidação do ano estatístico pela SVS/MS deverá ocorrer até o dia 30 de junho de cada ano, relativamente aos dados do ano anterior.

Art.37 Os dados serão divulgados em caráter preliminar, e posteriormente em caráter definitivo, nos seguintes prazos:

I - Entre 30 de junho e 30 de agosto do ano subsequente ao ano de ocorrência, em caráter preliminar; e

II - Até 30 de dezembro do ano subsequente ao ano de ocorrência, em caráter oficial.

Art.38 São responsabilidades dos gestores nas três esferas de governo a manutenção, integridade e confidencialidade das bases de dados do SIM e do SINASC.

CAPÍTULO V

Das Disposições Finais

Art.39 As Secretarias Estaduais de Saúde poderão adotar, em sua jurisdição, fluxos alternativos aos definidos nesta Portaria, mediante pactuação na CIB referendada pela SVS/MS e:

I. Garantias de que não haja subnotificação dos eventos; e

II. Haja agilidade no sistema de informação, e o máximo de integração com o Sistema de Vigilância em Saúde local e nacional.

Art.40 A SVS/MS emitirá norma complementar regulamentando o processo de investigação de óbitos e nascimentos, cujo registro na DO ou na DN tenha sido feito com qualidade inadequada aos padrões aceitáveis.

Parágrafo único. O resgate de registros de óbitos e nascimentos não documentados adequadamente por ocasião dos fatos será objeto desta normatização complementar, que tratará de instrumentos padrão e fluxos, com entrada identificada nos sistemas.

Art.41 As Secretarias Estaduais de Saúde deverão normatizar, no âmbito do Estado, a guarda das Declarações de Óbito e Nascimento utilizadas para o processamento da informação, podendo destruí-los para descarte em seguida, desde que obedecidos os seguintes prazos e critérios mínimos:

I - 10 (dez) anos para a guarda do documento impresso não digitalizado;

II - 3 (três) anos para a guarda do documento impresso que tenha sido digitalizado ou microfilmado;

III - A destruição dos documentos originais que tenham sido cancelados por erro de preenchimento, poderá ser feita imediatamente após conferência e a digitação de seu cancelamento no módulo de distribuição de documentos-padrão no sistema informatizado; e

IV - A guarda da via do prontuário deverá durar o mesmo tempo que durar a guarda do próprio prontuário.

- Art.42** As Secretarias Municipais de Saúde deverão incentivar o Registro Civil de Nascimentos e de Óbitos por meio de integração com os cartórios e o encaminhamento, orientação e sensibilização aos familiares dos nascidos ou falecidos sobre a importância deste ato.
- Art.43** A falta de alimentação de dados no SIM e no SINASC, no volume esperado com base nos arts. 34 e 35 desta Portaria, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados no prazo de um ano, ensejará a suspensão das transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para os Estados, Distrito Federal e os Municípios, dos recursos do bloco da Atenção Básica, em conformidade com o Art. 37 da Portaria nº. 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.
Parágrafo único. Os Estados, Distrito Federal e os Municípios têm um prazo máximo de 90 (noventa) dias após a publicação desta Portaria para se adaptarem às regras de regularidade, para as finalidades de que trata o caput deste Artigo.
- Art.44** O Ministério da Saúde têm um prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias, após a publicação desta Portaria, para disponibilizar as soluções de informática previstas nos compromissos assumidos com a retroalimentação por local de ocorrência, e 180 (cento e oitenta) dias para o desenvolvimento e implantação das soluções relacionadas aos aplicativos a serem distribuídos nas áreas indígenas, envolvendo aspectos relativos à sua territorialidade e questões étnicas específicas.
- Art.45** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.
- Art.46** Fica revogada a Portaria nº. 20/SVS, de 3 de outubro de 2003, publicado no Diário Oficial da União nº. 194, Seção 1, pág. 50, de 7 de outubro de 2003 e republicada no Diário Oficial da União nº. 196, Seção 1, pág. 71, de 9 de outubro de 2003.


Gerson Oliveira Penna

ANEXO I

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito	
I	Cartório	1. Cartório	2. Código
		3. Município	4. Registro
II	Identificação	5. Tipo de Óbito	6. Data
		7. Tipo de Óbito	8. Conto SUS
		9. Nome do falecido	10. Naturalidade
		11. Nome da mãe	12. Nome da mãe
III	Residência	13. Data de Nascimento	14. Estado civil
		15. Escolaridade	16. Ocupação habitual e ramo de atividade
		17. Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.)	18. Bairro/Distrito
		19. Código	20. Município de residência
IV	Ocorrência	21. Local de ocorrência do óbito	22. Estabelecimento
		23. Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência	24. Número
		25. Bairro/Distrito	26. Município de ocorrência
		27. Código	28. UF
V	Preenchimento exclusivo para óbitos fetais e de menores de 1 ano	29. Idade	30. Escolaridade
		31. Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe	32. Número de filhos vivos
		33. Duração da gestação	34. Tipo de parto
		35. Tipo de parto	36. Morte em relação ao parto
VI	Condições e causas do óbito	37. Óbitos em mulheres	38. Assistência médica
		39. Diagnóstico confirmado por	40. Necropsia?
		41. Causas da morte	42. Parte II
		43. Parte I	44. Parte II
VII	Médico	45. Nome do médico	46. CRM
		47. Meio de contato	48. Data da assinatura
		49. Assinatura	50. O médico que assina atendeu o falecido?
		51. Assinatura	52. O médico que assina atendeu o falecido?
VIII	Causas externas	53. Prováveis circunstâncias de morte não natural	54. Fonte de informação
		55. Tipo	56. Assinatura
		57. Descrição sumária do evento	58. Assinatura
		59. Descrição sumária do evento	60. Assinatura
IX	Localidade	61. Localidade	62. Testemunhas
		63. Localidade	64. Testemunhas

Versão 1.0.0.0 - 1ª impressão 10/2008

ANEXO II

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VISA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Nascido Vivo	
I	Cartório	1 Cartório	2 Data
		3 Município	4 UF
II	Local da Ocorrência	5 Local da Ocorrência 1 Hospital 2 Outros Estab. Saúde 3 Correlato 4 Outros 5 Gravidez	6 Estado e endereço
		7 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento (Rua, praça, avenida, etc)	8 Número 9 Complemento 10 CEP
		11 Bairro/Distrito	12 Município de ocorrência
III	Mãe	13 Nome da Mãe	14 Cartão SUS
		15 Idade (anos) 1 Menor de 20 2 De 20 a 29 3 De 30 a 39 4 De 40 a 49 5 De 50 a 59 6 60 e mais	16 Estado Civil 1 Solteiro 2 Casado 3 Viúva 4 Separado judicialmente 5 Outros
		17 Escolaridade 1 Menos de 4 anos 2 De 4 a 7 3 De 8 a 11 4 De 12 a mais 5 Ignorante	18 Ocupação habitual e tempo de atividade 1 Menos de 1 ano 2 De 1 a 3 3 De 4 a 6 4 De 7 a mais 5 Ignorante
		19 Residência da mãe 20 Logradouro	21 CEP
IV	Gestação e Parto	22 Duração da gestação (semanas) 1 Menos de 32 2 De 32 a 37 3 De 38 a 41 4 De 42 a 46 5 De 47 a 51 6 52 e mais 7 Ignorante	23 Tipo de gravidez 1 Única 2 Gêmeos 3 Triplê e mais 4 Ignorante
		24 Tipo de parto 1 Vaginal 2 Cesáreo 3 Ignorante	25 Número de consultas de pré-natal 1 Menos de 3 2 De 3 a 6 3 De 7 a 10 4 Mais de 10 5 Ignorante
V	Recém-Nascido	26 Nascimento 27 Sexo 1 Masculino 2 Feminino 3 Ignorante	28 Índice de Apgar 29 Primeiro 30 Segundo
		31 Ponderação 32 Peso ao nascer 33 Detectada alguma malformação congênita ou anomalia cromossômica? 1 Sim 2 Não 3 Ignorante	34 Código
		35 Polgar direito da mãe	36 Fê deito da criança
VI	Identificação	37 Responsável pelo preenchimento	
		38 Nome	39 Função
VII	Preenchimento	40 Identidade	41 Órgão Emissor
		42 Data	43 Assinatura

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.

Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

Annex 1208 - P. revisado 12/2013

ANEXO III**Distribuição dos DSEI e respectivos municípios**

DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS-UF	MUNICÍPIO IBGE
ALAGOAS E SERGIPE AL	ÁGUA BRANCA 2700102
AL	FEIRA GRANDE 2702603
AL	INHAPI 2703304
AL	JOAQUIM GOMES 2703809
AL	PALMEIRA DOS ÍNDIOS 2706307
AL	PARICONHA 2706422
SE	PORTO DA FOLHA 2805604
AL	PORTO REAL DO COLÉGIO 2707503
AL	SÃO SEBASTIÃO 2708808
AL	TRAIPU 2709202
ALTAMIRA PA	A LTA MIRA 1500602
PA	SÃO FÉLIX DO XINGU 1507300
PA	SENADOR JOSÉ PORFÍRIO 1507805
PA	VITÓRIA DO XINGU 1508357
ALTO RIO JURUÁ AC	CRUZEIRO DO SUL 1200203
AC	FEIJÓ 1200302
AC	JORDÃO 1200328
AC	MÂNCIO LIMA 1200336
AC	MARECHAL THAUMATURGO 1200351
AC	PORTO WALTER 1200393
AC	RODRIGUES ALVES 1200427
AC	TARAUACÁ 1200609
ALTO RIO NEGRO AM	BARCELOS 1300409
AM	SANTA ISABEL DO RIO NEGRO 1303601
AM	SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA 1303809
ALTO RIO PURUS AC	ASSIS BRASIL 1200054
AM	BOCA DO ACRE 1300706
AC	MANOEL URBANO 1200344
AM	PAUINI 1303502
RO	PORTO VELHO 1100205
AC	SANTA ROSA DO PURUS 1200435
AC	SENA MADUREIRA 1200500
ALTO RIO SOLIMÕES AM	AMATURÁ 1300060

AM	BENJAMIN CONSTANT 1300607
AM	SANTO ANTÔNIO DO IÇÁ 1303700
AM	SÃO PAULO DE OLIVENÇA 1303908
AM	TABATINGA 1304062
AM	TONANTINS 1304237
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	ALMEIRIM 1500503
PA	ÓBIDOS 1505106
AP	OIAPOQUE 1600501
AP	PEDRA BRANCA DO AMAPARI 1600154
ARAGUAIA GO	ARUANÃ 5202502
MT	CONFRESA 5103353
TO	FORMOSO DO ARAGUAIA 1708205
TO	LAGOA DA CONFUSÃO 1711902
MT	LUCIÁRA 5105309
GO	NOVA AMÉRICA 5214705
GO	RUBIATABA 5218904
MT	SANTA TEREZINHA 5107776
MT	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA 107859
BAHIA BA	ABARÉ 2900207
BA	ANGICAL 2901403
BA	BANZAÊ 2902658
BA	BELMONTE 2903409
BA	CAMACAN 2905602
BA	CAMAMU 2905800
BA	CURAÇÁ 2909901
BA	EUCLIDES DA CUNHA 2910701
BA	GLÓRIA 2911402
BA	IBOTIRAMA 2913200
BA	ILHÉUS 2913606
BA	ITAJU DO COLÔNIA 2915403
BA	ITAMARAJO 2915601
BA	MUQUÉM DE SÃO FRANCIS 2922250
BA	PAU BRASIL 2923902
BA	PAULO AFONSO 2924009
BA	PORTO SEGURO 2925303
BA	PRADO 2925501
BA	RODELAS 2927101

BA	SANTA CRUZ CABRÁLIA 2927705
BA	SANTA RITA DE CÁSSIA 2928406
BA	SERRA DO RAMALHO 2930154
BA	SOBRADINHO 2930774
CEARÁ CE	ACARAÚ 2300200
CE	AQUIRAZ 2301000
CE	ARATUBA 2301406
CE	CANINDÉ 2302800
CE	CAUCAIA 2303709
CE	CRATEÚS 2304103
CE	ITAPIPOCA 2306405
CE	ITAREMA 2306553
CE	MARACANAÚ 2307650
CE	MONSENHOR TABOSA 2308609
CE	NOVO ORIENTE 2309409
CE	PACATUBA 2309706
CE	PORANGA 2311009
CE	QUITERIANÓPOLIS 2311264
CE	SÃO GONÇALO DO AMARANTE 2312403
CE	TAMBORIL 2313203
CUIABÁ MT	BARÃO DE MELGAÇO 5101605
MT	BARRA DO BUGRES 5101704
MT	BRASNORTE 5101902
MT	CAMPO NOVO DO PARECIS 5102637
MT	CUIABÁ 5103403
MT	DIAMANTINO 5103502
MT	GENERAL CARNEIRO 5103908
MT	NOBRES PARANATINGA 5105903 / 5106307
MT	PONTES E LACERDA 5106752
MT	PORTO ESPERIDIÃO 5106828
MT	RONDONÓPOLIS 5107602
MT	SANTO ANTÔNIO DO LEVERGER 5107800
MT	SAPEZAL 5107875
MT	TANGARÁ DA SERRA 5107958
MT	BOM JESUS DO TOCANTINS 1501576
GUAMÁ- TOCANTINS PA	CANAÃ DOS CARAJÁS 1502152
PA	CAPITÃO POÇO 1502301

MA	CENTRO NOVO DO MARANHÃO 2103174
PA	GOIANÉSIA DO PARÁ 1503093
PA	ITUPIRANGA 1503705
PA	JACUNDÁ 1503804
PA	MOJU 1504703
PA	ÓBIDOS 1505106
PA	ORIXIMINÁ 1505304
PA	PARAGOMINAS 1505502
PA	PARAUPEBAS 1505536
PA	SANTA LUZIA DO PARÁ 1506559
PA	SÃO DOMINGOS DO ARAGUAIA 1507151
PA	TOMÉ - AÇU 1508001
PA	TUCURUÍ 1508100
KAIAPÓ DO MATO GROSSO PA	ALTA MIRA 1500602
MT	APIACÁS 5100805
MT	COLÍDER 5103205
PA	JACAREACANGA 1503754
MT	JUARA 5105101
MT	PEIXOTO DE AZEVEDO 5106422
MT	SÃO JOSÉ DO XINGU 5107354
KAIAPÓ DO PARÁ PA	BANNACH 1501253
PA	CUMARU DO NORTE 1502764
PA	OURILÂNDIA DO NORTE 1505437
PA	PAU D'ARCO 1505551
PA	SÃO FÉLIX DO XINGU 1507300
LESTE DE RORAIMA RR	ALTO ALEGRE 1400050
RR	AMAJARI 1400027
RR	BOA VISTA 1400100
RR	BONFIM 1400159
RR	CANTÁ 1400175
RR	CAROEBE 1400233
RR	NORMANDIA 1400407
RR	PACARAIMA 1400456
RR	SÃO LUIZ 1400605
RR	UIRAMUTÃ 1400704
MANAUS AM	ANAMÃ 1300086
AM	AUTAZES 1300300

AM	BERURI 1300631
AM	BORBA 1300805
AM	CAREIRO 1301100
AM	CAREIRO DA VÁRZEA 1301159
AM	HUMAITÁ 1301704
AM	ITACOATIARA 1301902
AM	MANICORÉ 1302702
AM	NOVO AIRÃO 1303205
AM	NOVO ARIPUANÃ 1303304
MARANHÃO MA	ALTO ALEGRE DO PINDARÉ 2100477
MA	AMARANTE DO MARANHÃO 2100600
MA	ARAGUANÃ 2100873
MA	ARAME 2100956
MA	BARRA DO CORDA 2101608
MA	BOM JARDIM 2102002
MA	BOM JESUS DAS SELVAS 2102036
MA	FERNANDO FALCÃO 2104081
MA	GRAJAÚ 2104800
MA	ITAIPAVA DO GRAJAÚ 2105351
MA	JENIPAPO DOS VIEIRAS 2105476
MA	MARANHÃOZINHO 2106375
MA	MONTES ALTOS 2107001
MA	NOVA OLINDA DO MARANHÃO 2107357
MA	SÃO JOÃO DO CARÚ 2111029
MATO GROSSO DO SUL MS	AMAMBAÍ 5000609
MS	ANASTÁCIO 5000708
MS	ANTÔNIO JOÃO 5000906
MS	AQUIDAUANA 5001102
MS	ARAL MOREIRA 5001243
MS	BELA VISTA 5002100
MS	BRASILÂNDIA 5002308
MS	CAARAPÓ 5002407
MS	CAMPO GRANDE 5002704
MS	CORONEL SAPUCAIA 5003157
MS	CORUMBÁ 5003207
MS	DOIS IRMÃOS DO BURITI 5003488
MS	DOURADINA 5003504

MS	DOURADOS 5003702
MS	ELDORADO 5003751
MS	JAPORÃ 5004809
MS	JUTI 5005152
MS	LAGUNA CARAPÃ 5005251
MS	MARACAJU 5005400
MS	MIRANDA 5005608
MS	NIOAQUE 5005806
MS	PARANHOS 5006358
MS	PONTA PORÃ 5006606
MS	PORTO MURTINHO 5006903
MS	ROCHEDO 5007505
MS	SETE QUEDAS 5007703
MS	SIDROLÂNDIA 5007901
MS	TACURU 5007950
MÉDIO RIO PURUS AM	LÁBREA 1302405
AM	TAPAUÁ 1304104
MÉDIO RIO SOLI-MÕES E AFLUENTES AM	ALVARÃES 1300029
AM	CARAUARI 1301001
AM	COARI 1301209
AM	EIRUNEPÉ 1301407
AM	ENVIRA 1301506
AM	IPIXUNA 1301803
AM	ITAMARATI 1301951
AM	JAPURÁ 1302108
AM	JURUÁ 1302207
AM	JUTAÍ 1302306
AM	MARÃ 1302801
AM	TEFÉ 1304203
AM	UARINI 1304260
MINAS GERAIS E ES-PÍRITO SANTO ES	ARACRUZ 3200607
MG	ARAÇUAÍ 3103405
MG	BERTÓPOLIS 3106606
MG	CALDAS 3110301
MG	CARMÉSIA 3113800
MG	CORONEL MURTA 3119500

MG	ITAPECERICA 3133501
MG	LADAINHA 3137007
MG	MARTINHO CAMPOS 3140506
MG	POMPÉU 3152006
MG	RESPLENDOR 3154309
MG	SANTA HELENA DE MINAS 3157658
MG	SÃO JOÃO DAS MISSÕES 3162450
PARANÁ PR	ABATIÁ 4100103
PR	CÂNDIDO DE ABREU 4104402
PR	CHOPINZINHO 4105409
PR	CLEVELÂNDIA 4105706
PR	CORONEL VIVIDA 4106506
PR	CURITIBA 4106902
PR	DIAMANTE D'OESTE 4107157
PR	ESPIGÃO ALTO DO IGUAÇU 4107546
PR	GUAÍRA 4108809
PR	GUARAQUEÇABA 4109500
PR	INÁCIO MARTINS 4110201
PR	LARANJEIRAS DO SUL 4113304
PR	LONDRINA 4113700
PR	MANGUEIRINHA 4114401
PR	MANOEL RIBAS 4114500
PR	NOVA LARANJEIRAS 4117057
PR	ORTIGUEIRA 4117305
PR	PALMAS 4117602
PR	PARANAGUÁ 4118204
PR	PIRAQUARA 4119509
PR	PONTAL DO PARANÁ 4119954
PR	SANTA AMÉLIA 4123105
PR	SÃO JERÔNIMO DA SERRA 4124707
PR	SÃO MIGUEL DO IGUAÇU 4125704
PR	TERRA ROXA 4127403
PR	TOMAZINA 4127809
PR	TURVO 4127965
PR	UNIÃO DA VITÓRIA 4128203
PARINTINS AM	BARREIRINHA 1300508
AM	MAUÉS 1302900

AM	NHAMUNDÁ 1303007
PA	ORIXIMINÁ 1505304
AM	PARINTINS 1303403
PERNAMBUCO PE	ÁGUAS BELAS 2600500
PE	BUÍQUE 2602803
PE	CABROBÓ 2603009
PE	CARNAUBEIRA DA PENHA 2603926
PE	FLORESTA 2605707
PE	IBIMIRIM 2606606
PE	INAJÁ 2607000
PE	JATOBÁ 2608057
PE	MIRANDIBA 2609303
PE	OROCÓ 2609808
PE	PESQUEIRA 2610905
PE	PETROLÂNDIA 2611002
PE	TACARATU 2614808
PE	TUPANATINGA 2615805
PORTO VELHO RO	ALTA FLORESTA D'OESTE 1100015
RO	COSTA MARQUES 1100080
RO	GOVERNADOR JORGE TEIXEIRA 101005
RO	GUAJARÁ-MIRIM 1100106
AM	HUMAITÁ 1301704
RO	JARU 1100114
RO	JI - PARANÁ 1100122
AM	MANICORÉ 1302702
RO	MIRANTE DA SERRA 1101302
RO	NOVA MAMORÉ 1100338
RO	PORTO VELHO 1100205
MT	RONDOLÂNDIA 5107578
RO	SÃO FRANCISCO DO GUAPO-RÉ 1101492
RO	SÃO MIGUEL DO GUAPORÉ 1100320
RO	SERINGUEIRAS 1101500
POTIGUARA PB	BAÍA DA TRAIÇÃO 2501401
PB	MARCAÇÃO 2509057
PB	RIO TINTO 2512903
RIO TAPAJÓS PA	ITAITUBA 1503606
PA	JACAREACANGA 1503754

PA	TRAIRÃO 1508050
SUL-SUDESTE SC	ABELARDO LUZ 4200101
RS	ÁGUA SANTA 4300059
RJ	ANGRA DOS REIS 3300100
SC	ARAQUARI 4201307
SP	ARCO-ÍRIS 3503356
SP	ARUJÁ 3503901
SP	AVAÍ 3504305
SP	BARÃO DE ANTONINA 3505005
RS	BARRA DO RIBEIRO 4301909
RS	BENJAMIN CONSTANT DO SUL 4302055
SC	BIGUAÇU 4202305
SP	BRAÚNA 3507704
RS	CAÇAPAVA DO SUL 4302808
RS	CACIQUE DOBLE 4303202
MT	GENERAL CARNEIRO 5103908
MT	NOBRES PARANATINGA 5105903 / 5106307
MT	PONTES E LACERDA 5106752
MT	PORTO ESPERIDIÃO 5106828
MT	RONDONÓPOLIS 5107602
MT	SANTO ANTÔNIO DO LEVERGER 5107800
MT	SAPEZAL 5107875
MT	TANGARÁ DA SERRA 5107958
GUAMÁ – TOCANTINS PA	BOM JESUS DO TOCANTINS 1501576
PA	CANAÃ DOS CARAJÁS 1502152
PA	CAPITÃO POÇO 1502301
MA	CENTRO NOVO DO MARA-NHÃO 2103174
PA	GOIANÉSIA DO PARÁ 1503093
PA	ITUPIRANGA 1503705
PA	JACUNDÁ 1503804
PA	MOJU 1504703
PA	ÓBIDOS 1505106
PA	ORIXIMINÁ 1505304
PA	PARAGOMINAS 1505502
PA	PARAUAPEBAS 1505536
PA	SANTA LUZIA DO PARÁ 1506559
PA	SÃO DOMINGOS DO ARAGUAIA 1507151

PA	TOMÉ - AÇU 1508001
PA	TUCURUÍ 1508100
KAIAPÓ DO MATO GROSSO PA	ALTA MIRA 1500602
MT	APIACÁS 5100805
MT	COLÍDER 5103205
PA	JACAREACANGA 1503754
MT	JUARA 5105101
MT	PEIXOTO DE AZEVEDO 5106422
MT	SÃO JOSÉ DO XINGU 5107354
KAIAPÓ DO PARÁ PA	BANNACH 1501253
PA	CUMARU DO NORTE 1502764
PA	OURILÂNDIA DO NORTE 1505437
PA	PAU D'ARCO 1505551
PA	SÃO FÉLIX DO XINGU 1507300
LESTE DE RORAIMA RR	ALTO ALEGRE 1400050
RR	AMAJARI 1400027
RR	BOA VISTA 1400100
RR	BONFIM 1400159
RR	CANTÁ 1400175
RR	CAROEBE 1400233
RR	NORMANDIA 1400407
RR	PACARAIMA 1400456
RR	SÃO LUIZ 1400605
RR	UIRAMUTÃ 1400704
MANAUS AM	ANAMÃ 1300086
AM	AUTAZES 1300300
AM	BERURI 1300631
AM	BORBA 1300805
AM	CAREIRO 1301100
AM	CAREIRO DA VÁRZEA 1301159
AM	HUMAITÁ 1301704
AM	ITACOATIARA 1301902
AM	MANICORÉ 1302702
AM	NOVO AIRÃO 1303205
AM	NOVO ARIPUANÃ 1303304
MARANHÃO MA	ALTO ALEGRE DO PINDARÉ 2100477
MA	AMARANTE DO MARANHÃO 2100600

MA	ARAGUANÃ 2100873
MA	ARAME 2100956
MA	BARRA DO CORDA 2101608
MA	BOM JARDIM 2102002
MA	BOM JESUS DAS SELVAS 2102036
MA	FERNANDO FALCÃO 2104081
MA	GRAJAÚ 2104800
MA	ITAIPAVA DO GRAJAÚ 2105351
MA	JENIPAPO DOS VIEIRAS 2105476
MA	MARANHÃOZINHO 2106375
MA	MONTES ALTOS 2107001
MA	NOVA OLINDA DO MARANHÃO 2107357
MA	SÃO JOÃO DO CARÚ 2111029
MATO GROSSO DO SUL MS	AMAMBAÍ 5000609
MS	ANASTÁCIO 5000708
MS	ANTÔNIO JOÃO 5000906
MS	AQUIDAUANA 5001102
MS	ARAL MOREIRA 5001243
MS	BELA VISTA 5002100
MS	BRASILÂNDIA 5002308
MS	CAARAPÓ 5002407
MS	CAMPO GRANDE 5002704
MS	CORONEL SAPUCAIA 5003157
MS	CORUMBÁ 5003207
MS	DOIS IRMÃOS DO BURITI 5003488
MS	DOURADINA 5003504
MS	DOURADOS 5003702
MS	ELDORADO 5003751
MS	JAPORÃ 5004809
MS	JUTI 5005152
MS	LAGUNA CARAPÃ 5005251
MS	MARACAJU 5005400
MS	MIRANDA 5005608
MS	NIOAQUE 5005806
MS	PARANHOS 5006358
MS	PONTA PORÃ 5006606
MS	PORTO MURTINHO 5006903

MS	ROCHEDO 5007505
MS	SETE QUEDAS 5007703
MS	SIDROLÂNDIA 5007901
MS	TACURU 5007950
RS	CAMAQUÃ 4303509
SP	CANANÉIA 3509908
RS	CAPIVARI DO SUL 4304671
RS	CARAÁ 4304713
SP	CARAPICUÍBA 3510609
SC	CHAPECÓ 4204202
RS	CHARRUA 4305371
RS	CONSTANTINA 4305801
SP	COTIA 3513009
SP	EMBU 3515004
SP	EMBU-GUAÇU 3515103
RS	ENGENHO VELHO 4306924
SC	ENTRE RIOS 4205175
RS	EREBANGO 4306973
RS	ESTRELA 4307807
RS	ESTRELA VELHA 4307815
RS	FARROUPILHA 4307906
RS	FAXINALZINHO 4308052
SP	FERRAZ DE VASCONCELOS 3515707
SC	FLORIANÓPOLIS 4205407
SP	FRANCISCO MORATO 3516309
SP	FRANCO DA ROCHA 3516408
RS	GRAMADO DOS LOUREIROS 4309126
RS	GUAÍBA 4309308
SP	GUARULHOS 3518800
RS	IBIRAIARAS 4309902
SP	IGUAPE 3520301
SC	IMARUÍ 4207205
SC	IPUAÇU 4207684
RS	IRAÍ 4310504
SP	ITANHAÉM 3522109
SP	ITAPECERICA DA SERRA 3522208
SP	ITAPEVI 3522505

RO	CORUMBIARA 1100072
MT	COTRIGUAÇU 5103379
RO	ESPIGÃO D'OESTE 1100098
MT	JUARA 5105101
MT	JUÍNA 5105150
RO	MINISTRO ANDREAZZA 1101203
MT	NOVA LACERDA 5106182
RO	PIMENTA BUENO 1100189
MT	RONDOLÂNDIA 5107578
RO	VILHENA 1100304
XAVANTE MT	ÁGUA BOA 5100201
MT	BARRA DO GARÇAS 5101803
MT	BOM JESUS DO ARAGUAIA 5101852
MT	CAMPINÁPOLIS 5102603
MT	CANARANA 5102702
MT	GENERAL CARNEIRO 5103908
MT	NOVA NAZARÉ 5106174
MT	NOVO SÃO JOAQUIM 5106281
MT	PARANATINGA 5106307
MT	POXORÉO 5107008
MT	SANTO ANTÔNIO DO LESTE 5107792
XINGU MT	CANARANA 5102702
MT	FELIZ NATAL 5103700
MT	GAÚCHA DO NORTE 5103858
MT	MARCELÂNDIA 5105580
MT	NOVA UBIRATÃ 5106240
MT	QUERÊNCIA 5107065
MT	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA 5107859
MT	SÃO JOSÉ DO XINGU 5107354
YANOMAMI RR	ALTO ALEGRE 1400050
RR	AMAJARI 1400027
AM	BARCELOS 1300409
RR	CARACARAÍ 1400209
RR	IRACEMA 1400282
RR	MUCAJAÍ 1400308
AM	SANTA ISABEL DO RIO NEGRO 1303601
AM	SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA 1303809

ANEXO IV

Parâmetros adotados para monitoramento da regularidade no envio de dados

Parâmetros adotados para monitorar o volume de registros de óbitos e nascimentos a serem transferidos no prazo de até 60 (sessenta) dias após o mês de ocorrência:

I - UF com cobertura superior a 90% - Transferência de percentual a ser pactuado anualmente de 1/12 da projeção realizada a partir de uma série de dados do próprio sistema de informação nos últimos cinco anos.

II - UF com cobertura entre > 80 e $\leq 90\%$ - Transferência de percentual a ser pactuado anualmente de 1/12 de 90% da estimativa projetada com base nas estimativas dos últimos cinco anos.

III - UF com cobertura entre > 70 e $\leq 80\%$ - Transferência de percentual a ser pactuado anualmente de 1/12 de 80% da estimativa projetada com base nas estimativas dos últimos cinco anos

IV - UF com cobertura entre > 60 e $\leq 70\%$ - Transferência de percentual a ser pactuado anualmente de 1/12 de 70% da estimativa projetada com base nas estimativas dos últimos cinco anos.

V - UF com cobertura $\leq 60\%$ - Transferência de percentual a ser pactuado anualmente 1/12 de 60% da estimativa projetada com base nas estimativas dos últimos cinco anos.