



MANUAL DE USO DO SISTEMA

SAIPS - SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE

CADASTRAMENTO DE PROPOSTAS

HABILITAÇÃO DO PROGRAMA DE
MAMOGRAFIA MÓVEL NO SUS

Versão 2
Jun/2014

Sumário

Informações Gerais

3

Acesso

4

Fluxo Geral de Cadastro

5

Solicitando Habilitação
para o Programa de
Mamografia Móvel

9

Contatos

13

Programa de Mamografia Móvel

O Programa foi instituído considerando a necessidade de aumento da cobertura do exame de mamografia de rastreamento de câncer de mama, bem como a existência de municípios que possuem baixa densidade demográfica e são economicamente desfavorecidas, portanto com inviabilidade de instalação e manutenção dos serviços convencionais de realização de exames de mamografia.

Quais estabelecimentos podem ser habilitados e fazer parte do Programa de Mamografia Móvel?

Estabelecimentos de saúde do tipo Unidade móvel Terrestre ou Unidade Móvel Fluvial, públicos ou privados, contratados ou conveniados, podem ser habilitados como Unidade de Mamografia Móvel.

Como solicitar e efetuar a habilitação?

Para participarem do Programa os entes deverão cumprir os objetivos do Programa, dispostos no artigo 3º da portaria GM/MS nº 2.304/2012 e demais requisitos dispostos no artigo 6º e 8º da portaria citada e demais disposições da portaria SAS/MS nº 1.228/2012.

Para solicitar a habilitação, o gestor deverá, primeiramente, certificar-se de que o estabelecimento de saúde a ser habilitado possui condições (profissionais, equipamentos e estrutura física) adequadas. Após esta certificação, o gestor que optar pela solicitação da habilitação deverá cadastrar solicitação no SAIPS.

A portaria GM/MS nº 2.304, de 04 de outubro de 2012, institui o Programa de Mamografia Móvel no âmbito do Sistema Único de Saúde

Em 30 de outubro do mesmo ano foi publicada a portaria SAS/MS nº 1.228 regulamentando a habilitação para o Programa de Mamografia Móvel. (SUS).

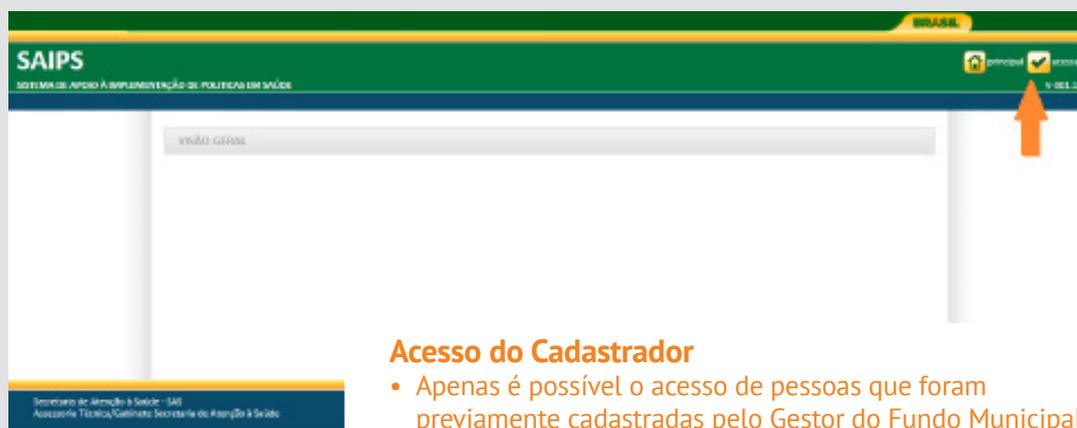
Em 23 de julho de 2013, o Ministério da Saúde publicou a portaria SAS/MS nº 827 que definiu inclusão de incremento de 44,88% no valor do componente SA do procedimento - Mamografia bilateral para rastreamento (código 02.04.03.018-8) quando este for realizado nos estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Mamografia Móvel, conforme os critérios definidos nas Portarias nº 2.304/GM/MS e nº 1.228/SAS/MS.

Acesso

1. No navegador, digite www.saude.gov.br/saips (ou acesso direto saips.saude.gov.br)



2. Clique em acesso ao sistema.



3. Insira o CPF.
4. Insira a senha.

Acesso do Cadastrador

- Apenas é possível o acesso de pessoas que foram previamente cadastradas pelo Gestor do Fundo Municipal Estadual ou do Distrito Federal.
 - Deve ser realizado com o CPF.
 - A senha é enviada para o email informado pelo Gestor no momento de cadastramento da pessoa física (cadastrador).
 - Caso tenha esquecido a senha, clique em "Nova Senha", e uma nova senha será reenviada para o email cadastrado.
- Importante:** verificar com o Gestor do Fundo o email cadastrado, para assegurar que é o seu email correto e ativo.

Fluxo Geral Cadastro

1. Informe o CNPJ do Fundo Municipal ou Estadual em nome de quem a proposta será cadastrada

BRASIL

SAIPS
SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE

principal x saipr

Nome - CPF: 00569151015 - Codificador | V-001.12

FUNDO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Selecione qual CNPJ vai ser utilizado na sessão

Selecionar

Secretaria de Atenção à Saúde - SAS
Assessoria Técnica/Gabinete Secretário de Atenção à Saúde

SUPORTE Ligue: 136
E-mail: suporte.sistemas@datasus.gov.br

DATASUS
Departamento de Informática da SUS

2. Na aba Proposta, selecione Cadastro

SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE

Nome - CPF: 00569151015 - Codificador | V-001.12

PROPOSTA ▾ USUÁRIOS ▾

CADASTRO

CONSULTA

PROPOSTAS ENVIADAS AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Nº proposta: Nº do processo:

UF: Município:

Rede / Programa: Situação da proposta:

Componente / Serviço: Pendências:

Proposta cadastrada entre as datas: Início: Fim:

Pesquisar

Legenda: Visualizar proposta Imprimir análise Visualizar análise Detalhar situação da proposta Averçar Vencido Ajustar Documentos complementar

Mostrar: 10 ▾ Filtros:

Nº da proposta	Rede/Programa	Componente/serviço	Tipo	Situação	Valor solicitado	Valor aprovado	Valor empenhado	Valor pago	Nº do processo	Data do pagamento	Ordem bancária de pagamento	Opções
Nenhum resultado encontrado.												

Mostrando 0 a 0 de 0 registros

« primeiro << anterior próximo >> último »

Secretaria de Atenção à Saúde - SAS
Assessoria Técnica/Gabinete Secretário de Atenção à Saúde

SUPORTE Ligue: 136
Email: suporte.sistemas@datasus.gov.br

DATASUS
Departamento de Informática da SUS

5. Selecione o Componente ou Serviço:
O SAIPS informará o valor definido em portaria
6. Informe o CNES da Unidade a ser beneficiada ou de referência. Clique em validar.
Caso a Unidade ainda não exista, informe o endereço de sua futura localização - clicando em Endereço e complementando os campos pertinentes
7. Informe a latitude e longitude - também é possível localizar no mapa, clicando no ícone do mapa

Componente / Serviço: Seleccione RS 0,00

CADASTRO DE UNIDADE BENEFICIADA

UNIDADE BENEFICIADA

CNES da unidade beneficiada: Validar Endereço

Latitude: Longitude: 

Tipo de abrangência: Seleccione

População Total:

População Mínima: População Máxima:

Salvar Cancelar

8 Informe a justificativa da solicitação

9. Clique em próxima etapa

SAIPS
SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE

PRINCIPAL SAIR
Nome - CPF: 00569151015 - Cadastrador | V-001.12

PROPOSTA USUÁRIO

CADASTRO DE PROPOSTA

Dados do proponente logado

Nome	CPF	Email	Telefone	Cargo
Nome - CPF: 00569151015	005 691 510-15	luna.viana@saude.gov.br		Cadastrador

CNPJ: 06.930.299/0001-19 | NOME CPF CNPJ: 16920299000113 | Razão social/município

Usar o CNPJ de acesso como destinatário do benefício? Sim Não

Rada / Programa: Programa Crack, é Possível Vencer!

UNIDADE BENEFICIADA

Nova Unidade Beneficiada

Componente / Serviço	CNES/CEP	Tipo de Abrangência	Valor	Opções
Custeio de Leito de Saúde Mental em Hospital Geral	30.180-112	Municipal	R\$ 10.11	

JUSTIFICATIVA

Justificativa: Justificativa

Próxima Etapa Salvar Cancelar

Após o preenchimento da Justificativa, poderá ser solicitado:

- Anexar documentos - ver modelos na página do SAIPS: www.saude.gov.br/saips
- Responder questionário
- Preenchimento de cronograma de execução

Verificar nesse manual, as questões específicas para o componente ou serviço para o qual está sendo solicitado recursos

Os documentos escaneados devem estar com informações e assinaturas legíveis

Solicitando Habilitação para o Programa de Mamografia Móvel

1. Entre no sistema informando seu CPF e senha
2. Selecione o CNPJ do Fundo Municipal ou Estadual em nome de que a proposta será inserida
3. Na aba proposta, selecione - cadastro
4. Selecione a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas – Mamografia Móvel
5. Clique em Nova Unidade Beneficiada

5. Selecione o Componente/Serviço - Habilitação de Serviços de Mamografia Móvel
6. O campo valor não se aplica para essa solicitação, ficando inativado
7. Insira o CNES do serviço a ser beneficiado e clique em validar
8. Informe latitude e longitude (não obrigatório)
9. Insira a abrangência do serviço que pode ser Municipal ou Regional/ Estadual para este programa
10. Salve o cadastro.

Nome	CNPJ
UNIDADE MOVEL TERRESTRE DE R-0 BRANCO -	-
Base Social	CPF
PREFEITURA MUNICIPAL DE R-0 BRANCO	-
Logradouro	Número
AVENIDA CEASA	3135
Complemento	Município
ABRAHAM ALAB	RIO BRANCO
CEP	UF
33 907-000	AC
Tipo unidade	Sub-tipo unidade
-	Unidade administrativa
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	-
Natureza de organização	Dependência
-	Municipal
-	04.034-183.0008-37

11. Insira a Justificativa para solicitação da habilitação da Unidade de Mamografia Móvel

CADASTRO DE PROPOSTA

Nome: CPF: 715454630000 | E-mail: maria_mrs@saude.gov.br | Telefone: | Cargo: Administrador

UNIDADE BENEFICIÁRIA

Componente / Serviço	CNPJ/CPF	Tipo de Abastecimento	Valor	Opções
Unidade de Mamografia Móvel	143437	Regional	1,700	<input checked="" type="checkbox"/>

JUSTIFICATIVA

Justificativa: Habilitação de Unidade de Mamografia Móvel na Região de UF-PA.

DOCUMENTOS ANEXOS

Selecionar Exibir arquivos

12. Anexe todos os documentos solicitados antes de iniciar o processo de preenchimento do questionário.

CADASTRO DE PROPOSTA

UNIDADE BENEFICIÁRIA

JUSTIFICATIVA

DOCUMENTOS ANEXOS

Selecionar Exibir arquivos

1. Anexo: Documento de identificação (CPF, CNPJ) e endereço (comprovante de residência) da Unidade de Mamografia Móvel e todos os responsáveis cadastrados de saúde e a autoridade de saúde para a unidade. Nome: Não deve ser casado.

2. Caso a Unidade Móvel não possua profissional Médico em radiologia e diagnóstico por imagem, Médico mamologista ou Médico ginecologista e obstetra anexar documento que especifique a unidade de saúde, com indicação de endereço e contato telefônico, com indicação de CNPJ e CNES, e seus profissionais médicos especialistas, com indicação de CNES e CNPJ, que atenda às Leis, quando a unidade a ser habilitada não possuir.

2.1. Anexo documento detalhando o fluxo de encaminhamento para diagnóstico radiológico, no caso de atendimento de laudos por telemedicina, com indicação do profissional médico radiologista ou empresa especializada, indicados.

2.2. Caso a Unidade Móvel não possua profissional Médico em radiologia e diagnóstico por imagem, Médico mamologista ou Médico ginecologista e obstetra anexar documento que especifique a unidade de saúde referida.

2.3. Anexo documento detalhando o fluxo de encaminhamento para diagnóstico radiológico, no caso de atendimento de laudos por telemedicina, com indicação do profissional médico radiologista ou empresa especializada, e Anexo o laudo de vigilância sanitária da unidade de Mamografia Móvel.

2.4. Anexo documento conforme os critérios dispostos no artigo 7º, alínea I, e II (letra de a até e), da Portaria (GM/MS nº 2.304/2012).

3. Anexo o laudo de vigilância sanitária da unidade de Mamografia Móvel.

4. Anexo documento conforme os critérios dispostos no artigo 7º, alínea II (letra a), da Portaria (GM/MS nº 2.304/2012).

5. Anexo documento conforme os critérios dispostos no artigo 7º, alínea I, e II (letra de a até e), da Portaria (GM/MS nº 2.304/2012).

6. Anexo documento que compare o cadastro na Comissão Intergestores Regionais (CIR) ou, quando for o caso, no Colegiado de Gestão de Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSD).

7. Anexo documento que compare o cadastro na Comissão Intergestores Regionais (CIR) ou, quando for o caso, no Colegiado de Gestão de Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSD).

8. Anexo documento que compare o cadastro na Comissão Intergestores Regionais (CIR) ou, quando for o caso, no Colegiado de Gestão de Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSD).

9. Anexo documento que compare o cadastro na Comissão Intergestores Regionais (CIR) ou, quando for o caso, no Colegiado de Gestão de Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSD).

Disponível no site www.saude.gov.br/sais o modelo de DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE que é um dos documentos a serem anexados

Questões específicas

REQUISITO	Tipo
Anexe documento informando o(s) município(s) a ser(em) coberto(s) pela Unidade de Mamografia Móvel e sua(s) respectiva(s) região(ões) de saúde e a estimativa do público alvo a ser coberto. Neste item deve ser considerada a faixa etária prioritária – 50 a 69 anos. O gestor deve observar os percentuais de produção mensal considerando a região em que a UF esteja localizada, conforme disposto na PT nº 827/2013.	Arquivo
CNES do estabelecimento (Deve aparecer o nome após ser inserido o nº do CNES)	Texto
Informe o tipo de estabelecimento	Lista de Opções
Informe o tipo de serviço de Classificação Diagnóstico por Imagem	Lista de Opções
Informe nome do profissional Técnico em radiologia e imagenologia.	Texto
Informe o CBO do profissional Técnico de radiologia e imagenologia.	Texto
Informe o registro do profissional Técnico de radiologia e imagenologia.	Texto
Informe o nome do profissional em mastologia.	Texto
Informe o CBO do profissional em mastologia.	Texto
Informe o registro do profissional em mastologia.	Texto
Informe o nome do profissional em ginecologia e obstetrícia .	Texto
Informe o CBO do profissional em ginecologia e obstetrícia.	Texto
Informe o registro do profissional em ginecologia e obstetrícia.	Texto
Caso a Unidade Móvel não possua profissionais Médico em radiologia e diagnóstico por imagem, Médico mastologista ou Médico(s) ginecologista e obstetra anexe documento que especifique a unidade de saúde, com indicação do CNES, e seus profissionais médicos especialistas, com indicação do CBO e CRM, que emitirão o laudo.	Arquivo
Anexe documento detalhando o fluxo de encaminhamento para diagnóstico radiológico, no caso de emissão de laudos por telemedicina, com indicação do profissional médico radiologista ou empresa especializada, indicando o CBO e CRM do profissional e CNES e CNPJ da empresa.	Arquivo
Indique os equipamentos existentes na Unidade de Mamografia Móvel.	Texto
Indique o número de mamógrafos com comando simples	Texto
Indique a produção mensal média dos mamógrafos com comando simples	Texto
Indique o número de mamógrafos com estereotaxia	Texto
Indique a produção mensal média dos mamógrafos com estereotaxia	Texto
Indique o número de mamógrafos computadorizados	Texto
Indique a produção média dos mamógrafos computadorizados	Texto
Anexe o Alvará da Vigilância Sanitária da Unidade de Mamografia Móvel	Arquivo
Anexe documento conforme os critérios disposto no artigo 7, alíneas I, II e III (letras de a até d), da Portaria GM/MS nº 2.304/2012.	Arquivo
Anexe documento conforme os critérios disposto no artigo 7, alínea III (letra e), da Portaria GM/MS nº 2.304/2012.	Arquivo
Anexe a documento que comprove a pactuação na Comissão Intergestores Regional (CIR), na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, quando for o caso, no Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) sobre a habilitação no Programa de Mamografia Móvel.	Arquivo

12. Para salvar e realizar alguma alteração posterior no cadastro, clique em salvar.
13. Para enviar ao Ministério da Saúde, para análise da área técnica, clique em Enviar para o MS.

Após todas as etapas concluídas,
acompanhe a proposta utilizando o número
da proposta gerado pelo sistema.

Contatos

Para dúvidas e informações deverá ser enviado e-mail para rede.cronicas@saude.gov.br.

No Assunto deve ser colocado: Dúvidas e Informações SAIPS