

MUNICÍPIO/UF:

PROPONENTE:

CNPJ:

ENDEREÇO:

Assunto: **Adesão do(s) Centro(s) de Especialidades Odontológicas (CEO) à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.**

A Coordenação-Geral de Saúde Bucal-CGSB/DESF/SAPS/MS,

A Secretaria Municipal / Estadual de Saúde acima identificado, neste ato representado por seu Secretário(a) Municipal / Estadual de Saúde, torna público os compromissos assumidos neste Termo de Compromisso.

Considerando o Decreto Presidencial nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite, as disposições contidas na Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, Anexo VI, de 28 de setembro de 2017 (antiga PRT nº 793/GM, de 24/4/2012) que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde e conforme a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, arts. 202 a 210, de 28 de setembro de 2017 (antiga PRT nº 1.341/GM, de 13 de junho de 2012) que define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO, o **Município / Estado** assume os compromissos especificados no Anexo deste Termo.

O presente Termo de Compromisso entrará em vigor a partir da data de publicação da portaria específica de habilitação do serviço, no Diário Oficial da União.

E por estarem justos e acordados resolvo assinar o presente Termo de Compromisso em duas vias de igual teor, ficando uma com o ente **Municipal / Estadual** e uma com a Coordenação-Geral de Saúde Bucal – CGSB/DESF/SAPS/MS.

Município, XX de XXXX de 20XX.

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

ANEXO**1 - COMPROMISSOS DO MUNICÍPIO/ESTADO:**

COMPROMETE-SE com a adesão do(s) Centro(s) de Especialidades Odontológicas – CEO tipo **XX** (CNES nº **XXXX**) à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, nos seguintes termos:

- I. Garantir a referência e contra-referência para a Atenção Básica em saúde bucal no atendimento odontológico a pessoas com deficiência;
- II. Atuar como referência **MUNICIPAL / REGIONAL**, tendo a seguinte área de abrangência, **EM CASO DE COBERTURA REGIONAL**:
 - a. Municípios que serão cobertos:
 - b. População total coberta:
- III. Disponibilizar 40 horas semanais, no mínimo, para atendimento exclusivo a pessoas com deficiência;
- IV. Estabelecer um fluxo de atendimento odontológico especializado para pessoas com deficiência, envolvendo todas as estruturas de atendimento odontológico do município, permitindo acesso amplo e alcance das metas de produção pactuadas;
- V. Realizar apoio matricial para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, no tocante ao atendimento e encaminhamento de pessoas com deficiência que necessitam de atendimento odontológico especializado;
- VI. Manter alimentação regular e consistente da informação de produção, do CEO acima referido, por meio do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) utilizando como instrumento de registro o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) para todos os procedimentos realizados em pessoas com deficiência;
- VII. Estabelecer estratégias de monitoramento e avaliação da cobertura populacional e alcance das metas de produção;
- VIII. Manter a produção mensal mínima exigida na Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, art. 218 e Anexo XL, de 28 de setembro de 2017 (antiga PRT nº 1.464/GM, de 24 de junho de 2011) que estabelece o monitoramento da produção mínima mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).
- IX. Aplicar os recursos adicionais do Ministério da Saúde pela incorporação do CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência exclusivamente para a esse fim;
- X. Garantir condições de acessibilidade e mobilidade nas instalações do CEO para pessoas com deficiência.
- XI. Prover o(s) CEO com profissionais de saúde bucal capacitados para o atendimento odontológico de pessoas com deficiência;
- XII. Garantir equipamentos e condições físicas necessárias para o atendimento clínico a pessoas com deficiência;

- XIII. Informar no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, na Tabela de Serviços/Classificação, o Serviço 114 - Serviço de Atenção em Saúde Bucal, classificação 007 - Atendimento à Pessoa com Deficiência, conforme a tabela abaixo:

| Cód.Serv | Desc. Serviço | Cód. Class | Desc. Da Classificação | Gr | CBO | Desc. |
|----------|-----------------------------------|------------|--------------------------------------|----|-------|--------------------|
| 114 | Serviço de Atenção em Saúde Bucal | 7 | Atendimento à pessoa com deficiência | 1 | 2232* | Cirurgião dentista |

2 – DA SUSPENSÃO DO REPASSE DE RECURSOS:

A Secretaria Municipal / Estadual de Saúde acima identificado, neste ato representado pelo(a) Secretário(a) Municipal / Estadual de Saúde, afirma ter conhecimento de que o repasse adicional do incentivo de custeio será descontinuado no caso de ser comprovado por meio dos Sistemas de Informação (SIA ou CNES), por monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado da Saúde ou por auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS qualquer uma das seguintes situações:

- a) ausência, por um período superior a 60 dias, do(s) cirurgião(ões)-dentista(s) responsável(is) pelo atendimento clínico a pessoas com deficiência no CEO;
- b) descumprimento da carga horária mínima de 40 horas semanais estabelecida para o atendimento clínico exclusivo a pessoas com deficiência, conforme a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, arts. 202 a 210, de 28 de setembro de 2017 (antiga PRT nº 1.341/GM, de 13 de junho de 2012);
- c) ausência de oferta das especialidades mínimas do CEO: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento à pacientes com necessidades especiais; e
- d) ausência do registro da produção à pessoa com deficiência no CEO por meio da ficha de Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I).