

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE APOIO LEGISLATIVO - SGP2
SISTEMA DE APOIO AO PROCESSO LEGISLATIVO

01-0273/2008

PROJETO DE LEI

01 - 0273 / 2008

DE

2008

MATÉRIA LEGISLATIVA:

PL

01 - 0273 / 2008

DE

25/04/2008

PROMOVENTE:

VEREADOR

CARLOS NEDER

EMENTA:

ESTABELECE A OBRIGATORIEDADE DA UTILIZAÇÃO DO SÍMBOLO
OFICIAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NAS UNIDADES DE SAÚDE, E
DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS

OBSERVAÇÕES: PROCESSO RECONSTITUÍDO EM 11/05/2009

CNC Solutions
Tipo: Processo Legislativo
8/11/2010 13:53:11

00000022279-83



ARQUIVADO EM 24 / 06 / 2009

Viviane

CHEFE DE SEÇÃO

VIVIANE FERREIRA PÓ
Supervisora
SGP-33



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

**COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E LEGISLAÇÃO
PARTICIPATIVA**

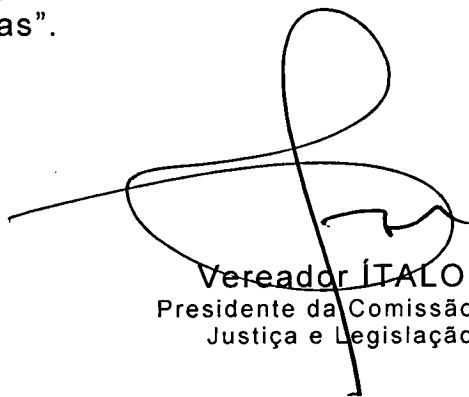
autuada em 30/09/2015 00:00:00.
Folha nº 01 do Proc.
Nº 01-0223 de 20/08/08. 1
Mathias da Silva T. Xavier
Técnico Administrativo
RP: 11.233

São Paulo, 06 de março de 2009.

Memo-CCJLP-15-0023/09.

À
SGP-2
Senhora Secretária

Solicito a Vossa Senhoria a reconstituição do Projeto de Lei nº 273/08, de autoria do nobre Vereador Carlos Neder, que "estabelece a obrigatoriedade da utilização do símbolo oficial do Sistema Único de Saúde nas unidades de saúde e dá outras providências".



Vereador ÍTALO CARDOSO
Presidente da Comissão de Constituição,
Justiça e Legislação Participativa

RECEBIDO - SGP - 22
02 ABR 2009
PROTOCOLO LEGISLATIVO

Segue(m) juntado(s), nesta
data, documento(s) e folha de
informação rubricados sob

nº 02 a 05

Em 11 / 05 / 2009

Ass:

Marcelo da Silva T. Xavier
Técnico Administrativo
RP: 11.233

autuado em 30/09/2015 00:00:00.

Folha nº 02	do Proje.
Nº 01-0273	de 2008
Mathias da Silveira T. Xavier	
Técnico Administrativo	
RP: 11.233	

PROJETO DE LEI 01-0273/2008 do Vereador Carlos Neder (PT)

"Estabelece a obrigatoriedade da utilização do símbolo oficial do Sistema Único de Saúde nas unidades de saúde e dá outras providências.

A Câmara Municipal de São Paulo DECRETA:

Art. 1º- Fica obrigatória a utilização do símbolo oficial do Sistema Único de Saúde (SUS) nas unidades de saúde que compõem a rede municipal de saúde, independente das modalidades de gestão e gerência a que estejam submetidas.

§1º - Para os efeitos desta lei, entende-se por símbolo oficial do SUS aquele definido como tal pelo Ministério da Saúde;

§2º - O disposto no caput deste artigo se aplica também às unidades de saúde ou a setores administrativos delas que, mesmo não fazendo parte da rede própria da Secretaria Municipal de Saúde, estão sob responsabilidade da Secretaria ou recebem recursos públicos do SUS;

§3º - O símbolo oficial do SUS deverá ser colocado em destaque no exterior da unidade, junto à sua denominação, nas placas utilizadas e em todos os recursos de comunicação visual destinados ao público em geral, que digam respeito ao SUS, e de modo a ser reconhecido nas dependências internas da unidade ou do setor a ela vinculado, quando for o caso.

Art. 2º - O símbolo oficial do SUS será utilizado nas ambulâncias e demais veículos da rede pública municipal de saúde, nos uniformes dos trabalhadores de saúde, no material impresso e nas peças publicitárias veiculadas na mídia, voltadas para a divulgação de programas, serviços e ações de saúde vinculados ao SUS ou que sejam realizadas com recursos públicos.

Art. 3º- O Executivo regulamentará esta lei no prazo de 60 (sessenta) dias a contar de sua publicação.

Art. 4º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Sessões em, Às Comissões competentes."



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Folha nº 03	do Projs 4
Nº 01-0273	de 20 08
Mathias da Silveira T. Xavier	
Técnico Administrativo	
RP: 11.233	

JUSTIFICATIVA PL 0273/2008

O Sistema Único de Saúde (SUS) completa o seu 20º aniversário neste ano. Política de caráter universal e civilizatório, o SUS tornou-se referência para outras áreas públicas. Com a presente iniciativa, objetiva-se assegurar que em todas as unidades que compõem a rede municipal de saúde de São Paulo se divulgue o símbolo oficial do SUS.

Por outro lado, esta veiculação do símbolo do SUS definido pelo Ministério da Saúde deverá ser feita, também, em unidades que recebem recursos públicos do SUS, nas áreas externa e interna das unidades, nos uniformes e veículos utilizados, no material impresso e nas peças publicitárias veiculadas pela Prefeitura Municipal, relacionados à área da Saúde.

A presente medida se insere no esforço nacional de valorização do Sistema Único de Saúde, de identificação das fontes de recursos utilizados na implantação de redes municipais de saúde, destacando seu caráter público, e da Saúde enquanto direito do cidadão e dever do Estado. Para tanto, solicitamos o apoio dos nobres pares.

CMS
APL
PRODAM

PROJETO DE LEI 273/2008

Página 1 de 1
03/04/2009
18:49:15

fls. 5

Ementa: ESTABELECE A OBRIGATORIEDADE DA UTILIZAÇÃO DO SÍMBOLO
OFICIAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NAS UNIDADES DE SAÚDE, E
DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS

Autor(es):

. Vereador(a) CARLOS NEDER (PT)

Apresentado em....: 25/04/2008

Autuado em.....: 25/04/2008 - Processo 01-273/2008

Folha nº 04 do Proc.
Nº 01-0273 de 20 08
Mathias da Silva T. Xavier
Técnico Administrativo
RF: 11.233

Leitura.....: 06/05/2008, na Sessão Ordinária 353, Legislatura 14-4

Publicado.....: D.O.M. em 07/05/2008, pag 99, col 4

Palavra(s) chave(s): AMBULANCIA / DEPENDENCIAS / FACHADA / IMPRESSO /
LOGOTIPO / MINISTERIO DA SAUDE / PLACA / PUBLICIDADE / REDE MUNICIPAL DE
SAUDE / SERVIDOR DA SAUDE / SIMBOLO / SISTEMA UNICO DE SAUDE / UNIDADE DE
SAUDE / UNIFORME / VEICULO OFICIAL.

TRAMITACAO:

=====

I Sigla da Area I		Recebimento		I Encaminhamento I	
I CMS	I	Data	Hora	I	Data Hora I
I SGP2	I	25/04/2008		I	13/05/2008-17:56 I
I PESQUISA	I	14/05/2008-15:53		I	29/05/2008-15:53 I
I JUST	I	29/05/2008-17:48		I	I

Comissao(oes) designadas em 06/05/2008:

CONSTITUICAO E JUSTICA - JUST

ADMINISTRACAO PUBLICA - ADM

SAUDE, PROMOCAO SOCIAL E TRABALHO - SAUDE

FINANCAS E ORCAMENTO - FIN



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**
Secretaria de Apoio Legislativo - SGP.2

Papel para informação, rubricado como folha nº 05

do processo nº 01 - 0273 de 20 08 11 / 05 / 2009 (a) Mathias da Silva T. Xavier
Técnico Administrativo
RF 11.233

Sra. Secretária:

Conforme informações do relatório do banco de dados do programa "Apoio ao Processo Legislativo (APL)", fl. 04, informo que o presente processo foi reconstituído com a seguinte peça:

- Projeto de Lei.

08 / 06 / 09

INÁCIO VEIGA
Supervisor SGP.22

Sr. Presidente:

Com a juntada da peça supracitada, submeto o presente à apreciação de V.Exa.

30/06/09

ÂNGELA BORDIN ANDREONI
Secretária de Apoio Legislativo
SGP.2

O presente processo foi reconstituído com a peça já mencionada. À tramitação.

16/06/09

ANTÔNIO CARLOS RODRIGUES
PRESIDENTE

Segue(m) Juntado(s), nesta
causa, documento(s) e folha de
informação rubricados sob
nº 06
Em 18/06/09
Ass: Pedro Henrique L. Campos
Técnico Administrativo
RF 21.195



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Secretaria de Apoio Legislativo - SGP.2

Papel para informação, rubricado como folha nº *06*

do processo nº *01* - *273* de 20*08* / *18* / *06* / *09* (a) *Pedro Henrique L. Campos*
Técnico Administrativo
RF *11.195*

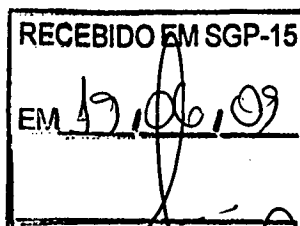
À SGP.15

Sr. Supervisor,

Encaminho os presentes autos, em atendimento ao quanto solicitado às fls. 01.

19/06/09

Angela Bordin Andreoni
ÂNGELA BORDIN ANDREONI
Secretária de Apoio Legislativo
SGP.2



Carlos Roberto da Silva
Carlos Roberto da Silva
Supervisor de Equipe - SGP-15

A dentro C.R.B.
SR 286609

Carlos Roberto da Silva
Carlos Roberto da Silva
Supervisor de Equipe - SGP-15

Segue juntado nesta data documento(s)
e papel de informação rubricado sob firma
n° 07

Em 23/06/09


SOLANGE RAINONE DOS SANTOS
R.F. 10801
Secretária



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Papel para informação, rubricado como folha nº **04**

do processo nº **273** de 20**08**, **23,06,09** (a)

À SGP-33

Para arquivar nos termos do art. 275 do Regimento Interno.

23/6/09

Solange Rainone dos Santos
RF 10801

SOLANGE RAINONE DOS SANTOS
R.F. 10801
Secretaria

Segue(m) Juntado(s), nesta data,
documento(s) rubricado(s) sob
nº..... e folha de informação
sob nº..... 24, 06, 09

LUCAS MANUEL M. T. ALVES SOTO
TÉCNICO ADMINISTRATIVO
RF. 11.234



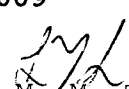
**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Papel para informação, rubricado como folha n° 8
do processo 01-273 de 2008 24/06/2009

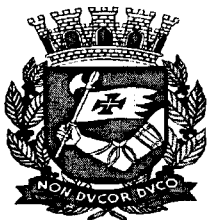

Lucas M. M. T. Alves Soto
RF 11234

**SECRETARIA DE DOCUMENTAÇÃO
SUPERVISÃO DE ARQUIVO GERAL**

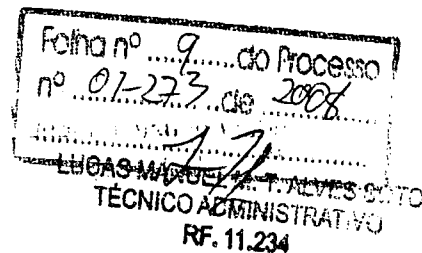
Proc. encerrado com 8 fls.
Arquivado em 24/06/2009
O Funcionário


Lucas M. M. T. Alves Soto
RF 11234

Segue(m) Juntado(s), nesta data,
documento(s) rubricado(s) sob
nº..... e folha de informação
sob nº..... 10 2, 7, 11
LUCAS MANOEL T. ALVES SOTO
TÉCNICO ADMINISTRATIVO
RF. 11.234

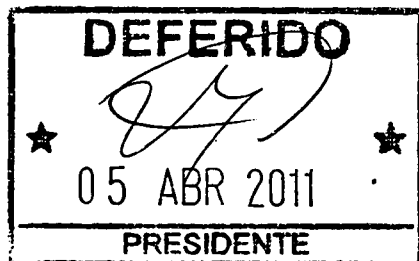


Câmara Municipal de São Paulo



13 - RDS
13- 00317/2011

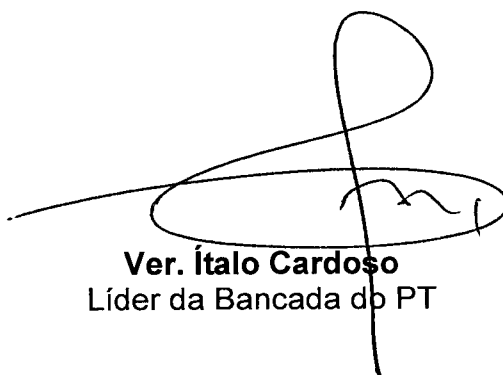
REQUERIMENTO "D"

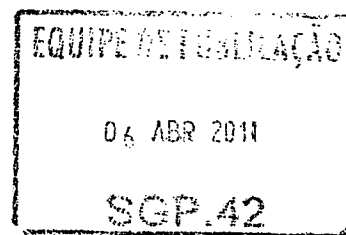


REQUEIRO à Douta Mesa, na forma regimental (art. 223, XIII combinado com o art. 275, § 2º), sejam desarquivados os Projetos de Lei do **vereador Carlos Neder**, conforme lista abaixo:

- PL 273/08
- PR 032/02

Sala das Sessões, em


Ver. Ítalo Cardoso
Líder da Bancada do PT



17:42 01/04/2011 005982 - Protocolo Legislativo - SGP.22

Matéria PL 273/2008. ANDRE LUIZ COSTA DOS SANTOS



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**
Secretaria de Apoio Legislativo – SGP-2

Papel para informação, rubricado como folha nº 10
do processo n.º 07-273 de 2008 21/4/2011 (a) 17/
LUCAS MARCELO T. ALVES SOTO
TÉCNICO ADMINISTRATIVO
RF. 11.234

Ref. RDS nº 317/2011

À SGP-33 – Sra. Supervisora:

Encaminho o presente requerimento para as providências pertinentes.

07/04/01

Ângela Bordin Andreoni
ÂNGELA BORDIN ANDREONI
Secretária de Apoio Legislativo
SGP-2

A SGP-2
Sra. Secretária,
Conforme solicitado pelo RDS N.º 317/2011
segue o presente expediente para volta à tramitação.
SGP-33 em,
O Func.º 17/
LUCAS MARCELO T. ALVES SOTO
TÉCNICO ADMINISTRATIVO
RF. 11.234

A Procuradoria (Setor de Pesquisa)

13.04.2011

[Assinatura]

Jader Augusto Pimenta
Supervisor - SGP. 22
RF. 10.860

RECEBIDO NA PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SETOR DE PESQUISA E ACESSO À INFORMAÇÃO (PROPOSIÇÃO)

EM 12/04/11 ÀS 17:00

POR *[Assinatura]*

SAÍDA: AS: h ASS:

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Seque(m) juntado(s), nesta data, o(s)
documento(s) de fls. 11 a 66

S. Paulo, 04/05/11 Eu, *[Assinatura]*

[Assinatura]
Clarice Carvalho
Técnico Administrativo
RF. 10.869



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**
PROCURADORIA

Folha 11
Proc. Nº 233 1 08
Clarice Carvalho
RF. 10.869

SETOR DE PESQUISA, ASSESSORIA E ANÁLISE PRÉVIA

PL Nº 0273/08

Realizada a pesquisa no APL (Banco de Dados da Câmara Municipal de São Paulo), no site www.prefeitura.sp.gov.br/legislação e no "site" www.planalto.gov.br a respeito do assunto foi localizado o seguinte:

-Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

-Portaria do Ministério da Saúde nº 2.203, de 5 de novembro de 1996;

-Portaria do Ministério da Saúde nº 373, de 27 de fevereiro de 2002;

-Portaria do Ministério da Saúde nº 399, de 22 de fevereiro de 2006;

-Ministério da Saúde-Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/SNAS-ABC do SUS – Comunicação Visual, Brasília 1991;

-Lei Municipal nº 14.166, de 06 de junho de 2006, que regulamenta o uso de símbolos oficiais do Município, e dá outras providências;

-Lei Municipal nº 14.223, de 26 de setembro de 2006, que dispõe sobre a ordenação dos elementos que compõem a paisagem urbana do Município de São Paulo;

-Lei Municipal nº 14.472, de 10 de julho de 2007, que consolida a Legislação Municipal sobre honorárias, símbolos e matéria correlata, e dá outras providências;

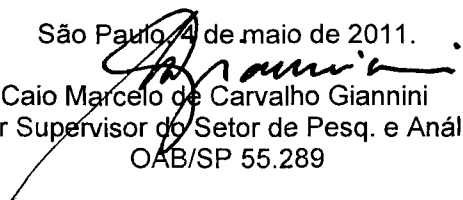
-PLO nº 0001/08, de autoria do Vereador Aurélio Miguel e outros Vereadores, que acrescenta um parágrafo único ao artigo 85 da Lei Orgânica do Município de São Paulo;

-PL nº 0362/08, de autoria do Vereador Antonio Carlos Rodrigues, que acrescenta incisos XIV e XV ao art. 7º da Lei nº 14.223, de 26 de setembro de 2006, e dá outras providências.

Cópias dos documentos citados acompanham esta informação.

Envio à Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa, conforme informação de fls. 04, para prosseguimento.

São Paulo, 4 de maio de 2011.


Caio Marcelo de Carvalho Giannini
Procurador Supervisor do Setor de Pesq. e Análise Prévia
OAB/SP 55.289



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

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

Mensagem de veto

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.

TÍTULO II
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I
Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se

autuado em 30/09/2015 00:00:00
 Proc. Nº 123 108
 fls. 18
 2/5/2011
 Clarimar Carvalho
 R. 10.869

Foiha 13
Proc. Nº 273 108
Clarice Carvalho
RF. 10.869

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacovigilância;
- IV - recursos humanos;

através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitadas os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;

- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

CAPÍTULO IV Da Competência e das Atribuições

Seção I Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

- XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II - participar na formulação e na implementação das políticas:
 - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
 - b) de saneamento básico; e
 - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- III - definir e coordenar os sistemas:
 - a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
 - b) de rede de laboratórios de saúde pública;
 - c) de vigilância epidemiológica; e
 - d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravos sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (Vide Decreto nº 1.651, de 1995)

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

Folha
Proc. Nº

Cláudio Carvalho
RF. 10.869

atuado em 30/09/2015 00:00:00.

fls. 21

XII - normalizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

CAPÍTULO V
Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 1º O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

CAPÍTULO VI
DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR
(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

CAPÍTULO VII
DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E POS-PARTO IMEDIATO
(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-L. (VETADO) (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

TÍTULO III
DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
CAPÍTULO I
Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

CAPÍTULO II
Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato.

ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de Instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade da programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a má utilização, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão

Folha
Proc. Nº

Clarice Canhoto
RF. 10

autuado em 30/09/2015 00:00:00

fls. 23

automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º Vetado.

§ 4º Vetado.

§ 5º Vetado.

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços

de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. Vetado.

§ 1º Vetado.

§ 2º Vetado.

§ 3º Vetado.

§ 4º Vetado.

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros

§ 7º Vetado.

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitais.

Art. 40. Vetado.

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. Vetado.

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressaltando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. Vetado.

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e empresas nacionais.

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.

Folha 19
Proc. Nº 273.108
Clarice Carvalho
RF. 10.869

integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. Vetado.

Art. 49. Vetado.

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. Vetado.

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. Vetado.

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

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

FERNANDO COLLOR
Alceni Guerra

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 20.9.1990

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

**Ministério da Saúde**
Gabinete do Ministro**PORTARIA Nº 2.203, DE 5 DE NOVEMBRO DE 1996.**

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

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

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

ADIB D. JATENE

ANEXO

1. INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

2. FINALIDADE

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

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

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

Isso implica aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do Sistema, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.

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

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

3. CAMPOS DA ATENÇÃO À SAÚDE

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

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

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

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

É importante assinalar que existem, da mesma forma, conjuntos de ações que configuram campos clássicos de atividades na área da saúde pública, constituídos por uma agregação simultânea de ações próprias do campo da assistência e de algumas próprias do campo das intervenções ambientais, de que são partes importantes as atividades de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária.

4. SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL

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

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

Isso significa dizer que, independentemente da gestão dos estabelecimentos prestadores de serviços ser esta pública ou privada, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e exclui desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho e de outras diferentes instâncias de poder. Assim, nesta NOB, gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatorio, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação

Clarice Carvalho
25/10/99

auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. RELAÇÕES ENTRE OS SISTEMAS MUNICIPAIS

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

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

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que a gerência (comando) dos estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município é da pessoa jurídica que opera o serviço, sejam estes estaduais (federal, estadual ou municipal) ou privados. Assim, a relação desse gerente deve ocorrer somente com o gestor do município onde o seu estabelecimento está sediada, seja para atender a população local, seja para atender a referenciada de outros municípios.

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

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

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

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

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

6. PAPEL DO GESTOR ESTADUAL

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

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

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

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

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

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

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

- informação informatizada;
- financiamento;
- programação, acompanhamento, controle e avaliação;
- apropriação de custos e avaliação econômica;
- desenvolvimento de recursos humanos;
- desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias; e
- comunicação social e educação em saúde.

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

- plano estadual de saúde, contendo as estratégias, as prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes, sobretudo, da integração das programações dos sistemas municipais;
- estruturação e operacionalização do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria;
- estruturação e operacionalização dos sistemas de processamento de dados, de informação epidemiológica, de produção de serviços e de insumos críticos;
- estruturação e operacionalização dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de vigilância alimentar e nutricional;
- estruturação e operacionalização dos sistemas de recursos humanos e de ciência e tecnologia.

Folha
Proc. Nº

Clarice Carvalho
RF. 10.869

autuado em 30/09/2015 00:00:00

fls. 27

f) elaboração do componente estadual de programações de abrangência nacional, relativas a agravos que constituam riscos de disseminação para além do seu limite territorial;

g) elaboração do componente estadual da rede de laboratórios de saúde pública;

h) estruturação e operacionalização do componente estadual de assistência farmacêutica;

i) responsabilidade estadual no tocante à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, ao tratamento fora do domicílio e à disponibilidade de medicamentos e insumos especiais, sem prejuízo das competências dos sistemas municipais;

j) definição e operação das políticas de sangue e hemoderivados; e

k) manutenção de quadros técnicos permanentes e compatíveis com o exercício do papel de gestor estadual;

l) implementação de mecanismos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, de que são exemplos aquelas relativas a saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente.

7. PAPEL DO GESTOR FEDERAL

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

- a) exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional;
- b) promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS-Estadual;
- c) fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS-Nacional; e
- d) exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

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

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

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

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

- a) a elaboração do Plano Nacional de Saúde, contendo as estratégias, as prioridades nacionais e as metas da programação integrada nacional, resultante, sobretudo, das programações estaduais e dos demais órgãos governamentais, que atuam na prestação de serviços, no setor saúde;
- b) a viabilização de processo permanente de articulação das políticas externas ao setor, em especial com os órgãos que detêm, no seu conjunto de atribuições, a responsabilidade por ações afins aos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades;
- c) o aperfeiçoamento das normas consubstanciadas em diferentes instrumentos legais, que regulamentam, atualmente, as transferências automáticas de recursos financeiros, bem como as modalidades de prestação de contas;
- d) a definição e a explicitação dos fluxos financeiros próprios do SUS, frente aos órgãos governamentais de controle interno e externo e aos Conselhos de Saúde, com ênfase na diferenciação entre as transferências automáticas a estados e municípios com função gestora;
- e) a criação e a consolidação de critérios e mecanismos de alocação de recursos federais e estaduais para investimento, fundados em prioridades definidas pelas programações e pelas estratégias das políticas de reorientação do Sistema;

f) a transformação nos mecanismos de financiamento federal das ações, com o respectivo desenvolvimento de novas formas de informatização, compatíveis à natureza dos grupos de ações, especialmente as básicas, de serviços complementares e de procedimentos de alta e média complexidade, estimulando o uso dos mesmos pelos gestores estaduais e municipais;

g) o desenvolvimento de sistematizações de transferência de recursos vinculada ao fornecimento regular, oportuno e suficiente de informações específicas, e que agreguem o conjunto de ações e serviços de atenção à saúde, relativo a grupos prioritários de eventos vitais ou nosológicos;

h) a adoção, como referência mínima, das tabelas nacionais de valores do SUS, bem assim a flexibilização do seu uso diferenciado pelos gestores estaduais e municipais, segundo prioridades locais e ou regionais;

i) o incentivo aos gestores estadual e municipal ao pleno exercício das funções de controle, avaliação e auditoria, mediante o desenvolvimento e a implementação de instrumentos operacionais, para o uso das esferas gestoras e para a construção efetiva do Sistema Nacional de Auditoria;

j) o desenvolvimento de atividades de educação e de comunicação social;

k) o incremento da capacidade reguladora da direção nacional do SUS, em relação aos sistemas complementares de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, de tratamento fora do domicílio, bem assim de disponibilidade de medicamentos e insumos especiais;

l) a reorientação e a implementação dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de vigilância alimentar e nutricional, bem como o redimensionamento das atividades relativas à saúde do trabalhador e às de execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

m) a reorientação e a implementação dos diversos sistemas de informações epidemiológicas, bem assim de produção de serviços e de insumos críticos;

n) a reorientação e a implementação do sistema de redes de laboratórios de referência para o controle da qualidade, para a vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica;

o) a reorientação e a implementação da política nacional de assistência farmacêutica;

p) o apoio e a cooperação a estados e municípios para a implementação de ações voltadas ao controle de agravos, que constituam risco de disseminação nacional;

q) a promoção da atenção à saúde das populações indígenas, realizando, para tanto, as articulações necessárias, intra e intersetorial;

r) a elaboração de programação nacional, pactuada com os estados, relativa à execução de ações específicas voltadas ao controle de vetores responsáveis pela transmissão de doenças, que constituem risco de disseminação regional ou nacional, e que exijam a eventual intervenção do poder federal;

s) a identificação dos serviços estaduais e municipais de referência nacional, com vistas ao estabelecimento dos padrões técnicos da assistência à saúde;

t) a estimulação, a indução e a coordenação do desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde, mediante interlocução crítica das inovações científicas e tecnológicas, por meio da articulação intra e intersetorial;

u) a participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico.

8. DIREÇÃO E ARTICULAÇÃO

A direção do Sistema Único de Saúde (SUS), em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial de poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis N° 8.080/90 e N° 8.142/1990.

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

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

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

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

9. BASES PARA UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

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

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

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

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

Cada sistema municipal deve materializar, de forma efetiva, a vinculação aqui explicitada. Um dos meios, certamente, é a instituição do cartão SUS-MUNICIPAL, com numeração nacional, de modo a identificar o cidadão com o seu sistema e agregá-lo ao sistema nacional. Essa numeração possibilita uma melhor referência intermunicipal e garante o atendimento de urgência por qualquer serviço de saúde, estatal ou privado, em todo o País. A regulamentação desse mecanismo de vinculação será objeto de discussão e aprovação pelas instâncias colegiadas competentes, com consequente formalização por ato do MS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

10.1. Responsabilidades

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

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

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

10.2. Fontes

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

Até 1992, todas essas fontes integravam o orçamento do Ministério da Saúde e ainda havia aporte significativo de fontes fiscais (Fonte 100 - Recursos Ordinários, provenientes principalmente da receita de impostos e taxas). A partir de 1993, deixou de ser repassada ao MS a parcela da Contribuição sobre a Folha de Salários (Fonte 154, arrecadada pelo Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS).

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

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

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

10.3. Transferências Intergovernamentais e Contrapartidas

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

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

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

10.4. Tetos Financeiros dos Recursos Federais

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

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

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

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

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

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

11. PROGRAMAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

11.1. Programação Pactuada e Integrada - PPI

11.1.1. A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Essa Programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual.

11.1.2. O processo de elaboração da Programação Pactuada entre gestores e integrada entre esferas de governo deve respeitar a autonomia de cada gestor: o município elabora sua própria programação, aprovando-a no CMS; o estado harmoniza e compatibiliza as programações municipais, incorporando as ações sob sua responsabilidade direta, mediante negociação na CIB, cujo resultado é deliberado pelo CES.

11.1.3. A elaboração da PPI deve se dar num processo ascendente, de base municipal, configurando, também, as responsabilidades do estado na busca crescente da equidade, da qualidade da atenção e na conformação da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

11.1.4. A Programação observa os princípios da integralidade das ações de saúde e da direção única em cada nível de governo, traduzindo todo o conjunto de atividades relacionadas a uma população específica e desenvolvidas num território determinado, independente da vinculação institucional do órgão responsável pela execução destas atividades. Os órgãos federais, estaduais e municipais, bem como os prestadores conveniados e contratados têm suas ações expressas na programação do município em que estão localizados, na medida em que estão subordinados ao gestor municipal.

11.1.5. A União define normas, critérios, instrumentos e prazos, aprova a programação de ações sob seu controle – inscritas na programação pelo estado e seus municípios – incorpora as ações sob sua responsabilidade direta e aloca os recursos disponíveis, segundo os valores apurados na programação e negociados na CIT, cujo resultado é deliberado pelo CNS.

11.1.6. A elaboração da programação observa critérios e parâmetros definidos pelas Comissões Intergestores e aprovados pelos respectivos Conselhos. No tocante aos recursos de origem federal, os critérios, prazos e fluxos de elaboração da programação integrada e de suas reprogramações periódicas ou extraordinárias são fixados em ato normativo do MS e traduzem as negociações efetuadas na CIT e as deliberações do CNS.

11.2. Controle, Avaliação e Auditoria

11.2.1. O cadastro de unidades prestadoras de serviços de saúde (UPS), completo e atualizado, é requisito básico para programar a contratação de serviços assistenciais e para realizar o controle da regularidade dos faturamentos. Compete ao órgão gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada UPS, seja própria, contratada ou conveniada, a garantia da atualização permanente dos dados cadastrais, no banco de dados nacional.

11.2.2. Os bancos de dados nacionais, cujas normas são definidas pelos órgãos do MS, constituem instrumentos essenciais ao exercício das funções de controle, avaliação e auditoria. Por conseguinte, os gestores municipais e estaduais do SUS devem garantir a alimentação permanente e regular desses bancos, de acordo com a relação de dados, informações e cronogramas previamente estabelecidos pelo MS e pelo CNS.

11.2.3. As ações de auditoria analítica e operacional constituem responsabilidades das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos

e da metodologia adequada de trabalho. É função desse órgão delinir, também, instrumentos para a realização das atividades, consolidar as informações necessárias, analisar os resultados obtidos em decorrência de suas ações, propor medidas corretivas e interagir com outras áreas da administração, visando o pleno exercício, pelo gestor, de suas atribuições, de acordo com a legislação que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.

11.2.4. As ações de controle devem priorizar os procedimentos técnicos e administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, com ênfase na garantia da autorização de internações e procedimentos ambulatoriais – tendo como critério fundamental a necessidade dos usuários – e o rigoroso monitoramento da regularidade e da idoneidade dos registros de produção e faturamento de serviços.

11.2.5. O exercício da função gestora no SUS, em todos os níveis de governo, exige a articulação permanente das ações de programação, controle, avaliação e auditoria; a integração operacional das unidades organizacionais, que desempenham estas atividades, no âmbito de cada órgão gestor do Sistema; e a apropriação dos seus resultados e a identificação de prioridades, no processo de decisão política da alocação dos recursos.

11.2.6. O processo de reorientação do modelo de atenção e de consolidação do SUS requer o aperfeiçoamento e a disseminação dos instrumentos e técnicas de avaliação de resultados e do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população, priorizando o enfoque epidemiológico e propiciando a permanente seleção de prioridades de intervenção e a reprogramação contínua da alocação de recursos. O acompanhamento da execução das ações programadas é feito permanentemente pelos gestores e periodicamente pelos respectivos Conselhos de Saúde, com base em informações sistematizadas, que devem possibilitar a avaliação qualitativa e quantitativa destas ações. A avaliação do cumprimento das ações programadas em cada nível de governo deve ser feita em Relatório de Gestão Anual, cujo roteiro de elaboração será apresentado pelo MS e apreciado pela CIT e pelo CNS.

12. CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

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

12.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

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

12.1.1. Piso Assistencial Básico (PAB)

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

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

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

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

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

a) Programa de Saúde da Família (PSF):

- acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município;
- acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e
- acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

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

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

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

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

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

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

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

12.1.3. Fração Assistencial Especializada (FAE)

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

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

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

12.1.4. Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM)

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

12.1.5. Teto Financeiro da Assistência do Estado (TFAE)

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

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

12.1.6. Índice de Valorização de Resultados (IVR)

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

12.2. Remuneração por Serviços Produzidos

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

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

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

12.2.1. Remuneração de Internações Hospitalares

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

12.2.2. Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/Complexidade

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

12.2.3. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

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

12.2.4. Fatores de Incentivo e Índices de Valorização

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

13. CUSTEIO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

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

13.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

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

13.1.1. Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS)

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

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

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

Consiste na atribuição de valores adicionais equivalentes a até 2% do teto financeiro da vigilância sanitária do estado, a serem transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, como incentivo à obtenção de resultados de impacto significativo sobre as condições de vida da população, segundo critérios definidos na CIT e fixados em portaria do órgão competente do Ministério (SVS/MS), previamente aprovados no CNS. Os recursos do IVISA podem ser transferidos pela SES às SMS, conforme definição da CIB.

13.2. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

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

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

13.2.2. Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária

Consiste no pagamento direto às SES e às SMS, pela execução de ações de média e alta complexidade de competência estadual e municipal contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizadas ao MS. Essas ações

Clarice Carvalho
RF. 102359

e o valor de sua remuneração são definidos em negociação na CIT e formalizados em portaria do órgão competente do Ministério (SVS/MS), previamente aprovadas no CNS.

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

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

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

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

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

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

14.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

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

14.2. Remuneração por Serviços Produzidos

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

14.3. Transferência por Convênio

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

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

15. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO MUNICÍPIO

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

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

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

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

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

15.1. GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA

15.1.1. Responsabilidades

- Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios, com incorporação negociada à programação estadual.

- Gerência de unidades ambulatoriais próprias.

- Gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.

- Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.

- Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.

- Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB.

- Operação do SIAUSUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do MS, e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional.

- Autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuem sendo pagos por produção de serviços.

- Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.

- Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente.

- Execução das ações básicas de vigilância sanitária, incluídas no PBVS.

- Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências morbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, incluídas no TFECD.

- Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo CMS.

15.1.2. Requisitos

- Comprovar o funcionamento do CMS.

- Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.

- Apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.

- Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão.

- Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.

- Formalizar junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.

- Dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.

- Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.

- Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.

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

15.1.3. Prerrogativas

- Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica (PAB).

- Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).

- Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

- Subordinação, à gestão municipal, de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.

15.2. GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL

15.2.1. Responsabilidades

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

- i) Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do PDAVS.
- m) Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências morbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no TFEOD.

15.2.2. Requisitos

- a) Comprovar o funcionamento do CMS.
- b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.
- c) Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.
- d) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus municípios.
- e) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.
- f) Formalizar, junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada.
- g) Dispor de médico formalmente designado pelo gestor como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.
- h) Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na programação integrada do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante dos quais será efetuado o acompanhamento.
- i) Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
- j) Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses.
- k) Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.

- i) Assegurar a oferta, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PAB e, adicionalmente, de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas.
- m) Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).
- n) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

15.2.3. Prerrogativas

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

16. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO ESTADO

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

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

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

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

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

16.1. Responsabilidades comuns às duas condições de gestão estadual

- a) Elaboração da PPI do estado, contendo a referência intermunicipal e coordenação da negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso na programação.
- b) Elaboração e execução do Plano Estadual de Prioridades de Investimentos, negociado na CIB e aprovado pelo CES.

c) Gerência de unidades estatais da hemorrede e de laboratórios de referência para controle de qualidade, para vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica.

- d) Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia.

e) Organização de sistemas de referência, bem como a normalização e operação de câmara de compensação de AIH, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade.

- f) Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, em articulação com o MS.

g) Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais.

- h) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.

i) Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, bem assim o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

- j) Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde.
- k) Coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90.
- l) Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala.
- m) Coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90.
- n) Execução das ações básicas de vigilância sanitária referente aos municípios não habilitados nesta NOB.
- o) Execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de gestão plena de sistema municipal.
- p) Execução do PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS.
- q) Apoio logístico e estratégico às atividades à atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT.

16.2. Requisitos comuns às duas condições de gestão estadual

- a) Comprovar o funcionamento do CES.
- b) Comprovar o funcionamento da CIB.
- c) Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde.
- d) Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, que deve conter:
 - as metas pactuadas;
 - a programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças – incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios – de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências morbidas decorrentes de causas externas;
 - as estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;
 - as estratégias de reorganização do modelo de atenção; e
 - os critérios utilizados e os indicadores por meio dos quais é efetuado o acompanhamento das ações.
- e) Apresentar relatório de gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito.
- f) Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados, conforme a respectiva condição de gestão.
- g) Comprovar a estruturação do componente estadual do SNA.
- h) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas, quanto à contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços sob sua gestão e quanto à avaliação do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população do estado.
- i) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual, de acordo com a legislação em vigor.
- j) Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela CIB, atestando o cumprimento dos requisitos gerais e específicos relativos à condição de gestão pleiteada.
- k) Comprovar a criação do Comitê Interinstitucional de Epidemiologia, vinculado ao Secretário Estadual de Saúde.
- l) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
- m) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância epidemiológica no estado.

16.3. GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL

16.3.1. Responsabilidades Específicas

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

- c) Ordenação do pagamento dos demais serviços hospitalares e ambulatoriais, sob gestão estadual;
- d) Operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.
- 16.3.2. Requisitos Específicos
 - a) Apresentar a programação pactuada e integrada ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.
 - b) Dispor de 60% dos municípios do estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional, ou 40% dos municípios habilitados, desde que, nestes, residam 60% da população.
 - c) Dispor de 30% do valor do TFA comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.
- 16.3.3. Prerrogativas
 - a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes à Fração Assistencial Especializada (FAE) e ao Piso Assistencial Básico (PAB) relativos aos municípios não habilitados.
 - b) Transferência regular e automática do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) referente aos municípios não habilitados nesta NOB.
 - c) Transferência regular e automática do Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA).
 - d) Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária.
 - e) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças.

16.4. GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL

16.4.1. Responsabilidades Específicas

- a) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual, conforme definição da CIB.
- b) Operação do SIA/SUS e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.
- 16.4.2. Requisitos Específicos
 - a) Comprovar a implementação da programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.
 - b) Comprovar a operacionalização de mecanismos de controle da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, tais como: centrais de controle de leitos e internações, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alto custo e ou complexidade e de marcação de consultas especializadas.
 - c) Dispor de 80% dos municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional, ou 50% dos municípios, desde que, nestes, residam 80% da população.
 - d) Dispor de 50% do valor do TFA do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

16.4.3. Prerrogativas

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

17. DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Clarice Carvalho
CPF: 10.869

17.1. As responsabilidades que caracterizam cada uma das condições de gestão definidas nesta NOB constituem um elenco mínimo e não impedem a incorporação de outras pactuadas na CIB e aprovadas pelo CES, em especial aquelas já assumidas em decorrência da NOB-SUS Nº 01/93.

17.2. No processo de habilitação às condições de gestão estabelecidas nesta NOB, são considerados os requisitos já cumpridos para habilitação nos termos da NOB-SUS Nº 01/93, cabendo ao município ou ao estado pleiteante a comprovação exclusiva do cumprimento dos requisitos introduzidos ou alterados pela presente Norma Operacional, observando os seguintes procedimentos:

17.2.1. para que os municípios habilitados atualmente nas condições de gestão incipiente e parcial possam assumir a condição plena de atenção básica definida nesta NOB, devem apresentar à CIB os seguintes documentos, que completam os requisitos para habilitação:

17.2.1.1. ofício do gestor municipal pleiteando a alteração na condição de gestão;

17.2.1.2. ata do CMS aprovando o pleito de mudança de habilitação;

17.2.1.3. ata das três últimas reuniões do CMS; 17.2.1.4. extrato de movimentação bancária do Fundo Municipal de Saúde relativo ao trimestre anterior à apresentação do pleito;

17.2.1.5. comprovação, pelo gestor municipal, de condições técnicas para processar o SIA/SUS;

17.2.1.6. declaração do gestor municipal comprometendo-se a alimentar, junto à SES, o banco de dados nacional do SIA/SUS;

17.2.1.7. proposta aprazada de estruturação do serviço de controle e avaliação municipal;

17.2.1.8. comprovação da garantia de oferta do conjunto de procedimentos coberto pelo PAB; e

17.2.1.9. ata de aprovação do relatório de gestão no CMS;

17.2.2. para que os municípios habilitados atualmente na condição de gestão semiplena possam assumir a condição de gestão plena do sistema municipal definida nesta NOB, devem comprovar à CIB:

17.2.2.1. a aprovação do relatório de gestão pelo CMS, mediante apresentação da ata correspondente;

17.2.2.2. a existência de serviços que executem os procedimentos cobertos pelo PAB no seu território, e de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básica simples, oferecidos no próprio município ou contratados de outro gestor municipal;

17.2.2.3 a estruturação do componente municipal do SNA; e

17.2.2.4 a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI. Caso o município não atenda a esse requisito, pode ser enquadrado na condição de gestão plena de atenção básica até que disponha de tais condições, submetendo-se, neste caso, aos mesmos procedimentos referidos no item 17.2.1;

17.2.3. os estados habilitados atualmente nas condições de gestão parcial e semiplena devem apresentar a comprovação dos requisitos adicionais relativos à nova condição pleiteada na presente NOB.

17.3. A habilitação de municípios à condição de gestão plena de atenção básica é decidida na CIB dos estados habilitados às condições de gestão avançada e plena do sistema estadual, cabendo recurso ao CES. A SES respectiva deve informar ao MS a habilitação procedida, para fins de formalização por portaria, observando as disponibilidades financeiras para a deliberação das transferências regulares e automáticas pertinentes. No que se refere à gestão plena do sistema municipal, a habilitação dos municípios é decidida na CIT, com base em relatório da CIB e formalizada em ato da SAS/MS. No caso dos estados categorizados na condição de gestão convencional, a habilitação dos municípios a qualquer das condições de gestão será decidida na CIT, com base no processo de avaliação elaborado e encaminhado pela CIB, e formalizada em ato do MS.

17.4. A habilitação de estados a qualquer das condições de gestão é decidida na CIT e formalizada em ato do MS, cabendo recurso ao CNS.

17.5. Os instrumentos para a comprovação do cumprimento dos requisitos para habilitação ao conjunto das condições de gestão de estados e municípios, previsto nesta NOB, estão sistematizados no ANEXO I.

17.6. Os municípios e estados habilitados na forma da NOB-SUS Nº 01/93 permanecem nas respectivas condições de gestão até sua habilitação em uma das condições estabelecidas por esta NOB, ou até a data limite a ser fixada pela CIT.

17.7. A partir da data da publicação desta NOB, não serão procedidas novas habilitações ou alterações de condição de gestão na forma da NOB-SUS Nº 01/93. Ficam excluídos os casos já aprovados nas CIB, que devem ser protocolados na CIT, no prazo máximo de 30 dias.

17.8. A partir da publicação desta NOB, ficam extintos o Fator de Apoio ao Estado, o Fator de Apoio ao Município e as transferências dos estados de teto financeiro relativos às condições de gestão municipal e estadual parciais, previstos, respectivamente, nos itens 3.1.4; 3.2; 4.1.2 e 4.2.1 da NOB-SUS Nº 01/93.

17.9. A permanência do município na condição de gestão a que for habilitado, na forma desta NOB, está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação, realizado pela SES e submetido à apreciação da CIB, tendo por base critérios estabelecidos pela CIB e pela CIT, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

17.10. De maneira idêntica, a permanência do estado na condição de gestão a que for habilitado, na forma desta NOB, está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação, realizado pelo MS e submetido à apreciação da CIT, tendo por base critérios estabelecidos por esta Comissão e aprovados pelo CNS.

17.11. O gestor do município habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica que ainda não dispõe de serviços suficientes para garantir, à sua população, a totalidade de procedimentos cobertos pelo PAB, pode negociar, diretamente, com outro gestor municipal, a compra dos serviços não disponíveis, até que essa oferta seja garantida no próprio município.

17.12. Para implantação do PAB, ficam as CIB autorizadas a estabelecer fatores diferenciados de ajuste até um valor máximo fixado pela CIT e formalizado por portaria do Ministério (SAS/MS). Esses fatores são destinados aos municípios habilitados, que apresentam gastos per capita em ações de atenção básica superiores ao valor per capita nacional único (base de cálculo do PAB), em decorrência de avanços na organização do sistema. O valor adicional atribuído a cada município é formalizado em ato próprio da SES.

17.13. O valor per capita nacional único, base de cálculo do PAB, é aplicado a todos os municípios, habilitados ou não nos termos desta NOB. Aos municípios não habilitados, o valor do PAB é limitado ao montante do valor per capita nacional multiplicado pela população e pago por produção de serviço.

17.14. Num primeiro momento, em face da inadequação dos sistemas de informação de abrangência nacional para aferição de resultados, o IVR é atribuído aos estados a título de valorização de desempenho na gestão do Sistema, conforme critérios estabelecidos pela CIT e formalizados por portaria do Ministério (SAS/MS).

17.15. O MS continua efetuando pagamento por produção de serviços (relativos aos procedimentos cobertos pelo PAB) diretamente aos prestadores, somente no caso daqueles municípios não habilitados na forma desta NOB, situados em estados em gestão convencional.

17.16. Também em relação aos procedimentos cobertos pela FAE, o MS continua efetuando o pagamento por produção de serviços diretamente a prestadores, somente no caso daqueles municípios habilitados em gestão plena da atenção básica e os não habilitados, na forma desta NOB, situados em estados em gestão convencional.

17.17. As regulamentações complementares necessárias à operacionalização desta NOB são objeto de discussão e negociação na CIT, observadas as diretrizes estabelecidas pelo CNS, com posterior formalização, mediante portaria do MS.

SIGLAS UTILIZADAS

- AIH - Autorização de Internação Hospitalar
- CES - Conselho Estadual de Saúde
- CIB - Comissão Intergestores Bipartite
- CIT - Comissão Intergestores Tripartite
- CMS - Conselho Municipal de Saúde
- CNS - Conselho Nacional de Saúde
- COFINS - Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social
- CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
- FAE - Fração Assistencial Especializada
- FIDEPS - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa
- FNS - Fundação Nacional de Saúde
- INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social
- IVH-E - Índice de Valorização Hospitalar de Emergência
- IVISA - Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária
- IVR - Índice de Valorização de Resultados
- MS - Ministério da Saúde
- NOB - Norma Operacional Básica
- PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PBVS - Piso Básico de Vigilância Sanitária
- PDAMS - Programa Descentralizado de Ações de Vigilância Sanitária
- PPI - Programação Pactuada e Integrada
- PSF - Programa de Saúde da Família
- SAS - Secretaria de Assistência à Saúde
- SES - Secretaria Estadual de Saúde
- SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

Folha 30 fls. 36
 Proc. Nº 273 / 08
 Clarice Carvalho
 RF. 10.869

- SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS
 - SMS - Secretaria Municipal de Saúde
 - SNA - Sistema Nacional de Auditoria
 - SUS - Sistema Único de Saúde
- SVS - Secretaria de Vigilância Sanitária
 - TFA - Teto Financeiro da Assistência
 - TFAE - Teto Financeiro da Assistência do Estado
 - TFAM - Teto Financeiro da Assistência do Município
 - TFECD - Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças
 - TFG - Teto Financeiro Global
 - TFGE - Teto Financeiro Global do Estado
 - TFGM - Teto Financeiro Global do Município
 - TFVS - Teto Financeiro da Vigilância Sanitária

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

**Ministério da Saúde**
Gabinete do MinistroFoiha 31
Proc. Nº 273108
Clarice Carvalho
RF. 10.869**PORTARIA Nº 373, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2002**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e

Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade do acesso e de integralidade da atenção;

Considerando o disposto no Artigo 198 da Constituição Federal de 1998, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único;

Considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do Sistema Único de Saúde – SUS, fortalecido com a implementação da Norma Operacional Básica –SUS 01/96, de 05 de novembro de 1996; e

Considerando as contribuições do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, seguidas da aprovação da Comissão Intergestores Tripartite – CIT e Conselho Nacional de Saúde – CNS, em 07 de dezembro de 2001;

Considerando o contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º - Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Art. 2º - Esta Portaria entra data de sua publicação, cessando os efeitos da Portaria GM/MS Nº 95, de 26 de janeiro de 2001, publicada no Diário Oficial nº 20-E, de 29 de janeiro de 2001, Seção 1.

BARJAS NEGRI**NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE / SUS - NOAS-SUS 01/02****INTRODUÇÃO**

A presente Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 - NOAS-SUS 01/02 resulta do contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando o aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

A partir da publicação da NOAS-SUS 01/01, em 26 de janeiro de 2001, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde, através do CONASS, e as Secretarias Municipais de Saúde, através do CONASEMS, desencadearam diversas atividades de planejamento e de adequação de seus modelos assistenciais e de gestão aos preceitos estabelecidos, ponderando criticamente os avanços e os desafios que novas diretrizes organizativas trariam para sua realidade concreta.

Durante este percurso, em algumas unidades da federação foram identificados entraves na operacionalização de determinados itens, decorrentes das dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS e assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais, bem como da fragilidade para explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais.

Em decorrência da necessidade de viabilizar o debate sobre essas questões, identificadas como causadoras de maior tensionamento na implantação da Norma, o processo de negociação foi reaberto durante o segundo semestre de 2001. Neste sentido, a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, em reunião realizada em 22 de novembro de 2001, firmou acordo contemplando propostas referentes ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais. Nessa mesma ocasião, deliberou-se pela constituição de um Grupo de Trabalho, com representação tripartite, com a atribuição de detalhar o acordo e incorporar a NOAS os pontos acordados, mantendo a coerência do texto. Em 07 de dezembro de 2001 foi feito um relato, por representantes do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, aos membros do Conselho Nacional de Saúde, acerca da negociação realizada na CIT e das alterações que dela resultaram.

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006

Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando o art. 7º da Lei nº 8080/90 dos princípios e diretrizes do SUS de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando a necessidade de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS à luz da evolução do processo de pactuação intergestores;

Considerando a necessidade do aprimoramento do processo de pactuação intergestores objetivando a qualificação, o aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de definição de compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Considerando o compromisso com a consolidação e o avanço do processo de Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS;

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada no dia 26 de janeiro de 2006; e

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS, na reunião do Conselho Nacional de Saúde realizada no dia 9 de fevereiro de 2006, resolve:

Art. 1º - Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, na forma do Anexo I a esta portaria.

Art. 2º - Aprovar as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, na forma do Anexo II a esta Portaria.

Art. 3º - Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002.

Art. 4º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO I

PACTO PELA SAÚDE 2006

Consolidação do SUS

O Sistema Único de Saúde - SUS é uma política pública que acaba de completar uma década e meia de existência. Nesses poucos anos, foi construído no Brasil, um sólido sistema de saúde que presta bons serviços à população brasileira.

O SUS tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos. Além de ser o segundo país do mundo em número de transplantes, o Brasil é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no

Folha 32
Proc. Nº 273 108
Clarice Carvalho
RF. 10.869

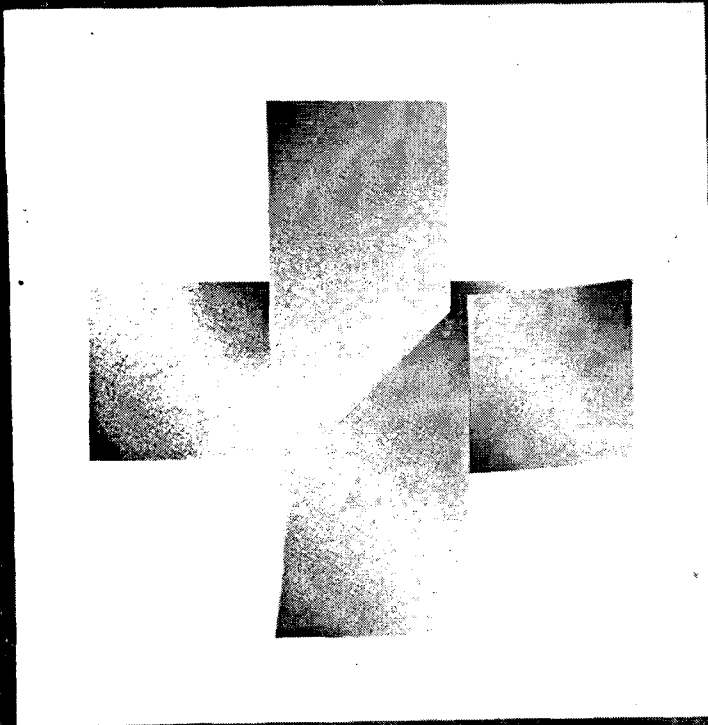
Folha 33 fls. 39
Proc. Nº 273 108
Clarice Carvalho
RF. 10.869

Ministério da Saúde
Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/SNAS

ABC DO SUS

COMUNICAÇÃO VISUAL

Brasília - 1991



Ministério da Saúde
Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/SNAS

ABC DO SUS

COMUNICAÇÃO VISUAL

INSTRUÇÕES BÁSICAS

4

© 1991, Ministério da Saúde
Secretaria Nacional de Assistência à Saúde - Esplanada dos Ministérios, Bloco 11, 7º Andar, Sala
709 - 70058 Brasília/DF.
Fones: (061) 225.6450/223 6846

Tiragem: 50.000 exemplares

Impresso no Brasil/Printed In Brazil

ISBN (Obra completa) 85-324-0019-1
ISBN (V. IV) 85-334-002-0

FICHA CATALOGráfICA

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde.
ABC do SUS - Comunicação visual/Instruções Básicas V. IV/Ministério da
Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. - Brasília: Secretaria
Nacional de Assistência à Saúde, 1991.
30 p.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	3
2. INTRODUÇÃO	5
3. SIMBOLO	6
Versões	6
Diagrama de Construção	9
4. ASSINATURA COMPLETA	10
5. ASSINATURAS ASSOCIADAS	11
6. TIPOGRAFIA	14
7. COR	16
8. APLICAÇÕES BÁSICAS	17
Bandeiras	17
Placas de Identificação de Convênio	16
Uniformes	19
Ambulâncias	20
Marco Institucional	22
Fachadas	24
9. ORIGINAIS	26

2. INTRODUÇÃO

Os elementos gráficos que caracterizam a identidade visual do SUS são o símbolo, o logotipo e o nome institucional.

A combinação destes elementos entre si, obedecendo a relações fixas e dimensionamento e posicionamento constitui a Assinatura Completa do SUS.

Durante o período de afirmação da identidade visual, o símbolo deve ocorrer sempre associado ao logotipo, a exceção das situações em que seja utilizado apenas como elemento ilustrativo, e não como elemento de identificação.

Assinatura Completa



Nome Institucional

Logotipo

Símbolo

1. APRESENTAÇÃO

O objetivo desta cartilha é fornecer às entidades vinculadas ao MS/Sistema Único de Saúde os conceitos gerais e instruções básicas que disciplinam as formas de empregar corretamente a identidade visual do SUS.

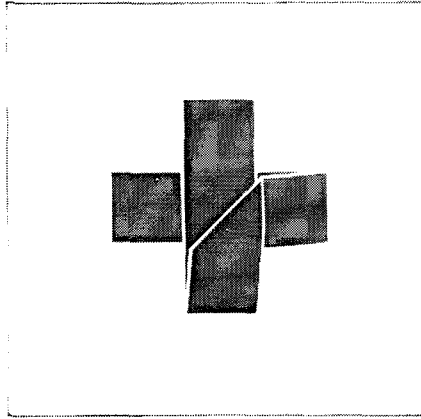
Esta cartilha é o instrumento inicial de consulta, e foi desenvolvida considerando as necessidades imediatas de aplicação da identidade visual.

Em função da complexidade do projeto, serão desenvolvidas posteriormente normas específicas para as diversas necessidades de identificação interna e externa, veículos, materiais impressos, etc.

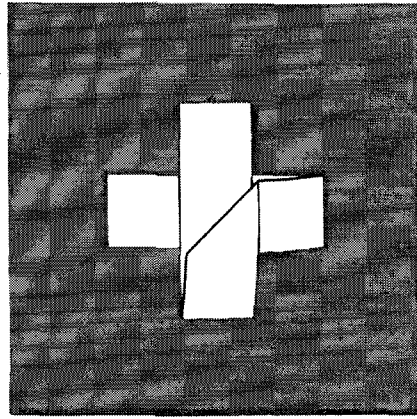
A utilização correta das instruções apresentadas é fundamental para a difusão e consolidação da imagem do SUS como um sistema sólido, organizado e eficaz, gerando também benefícios econômico-financeiros a partir da sistematização das formas de utilização da identidade visual. Por isto, recomendamos aos gestores do Sistema Único de Saúde que utilizem a assessoria de um profissional de comunicação visual, de modo a traduzir com precisão os dados técnicos fornecidos.

Caso persista alguma dúvida em relação às informações contidas nesta cartilha, ou em relação às situações não abordadas, os esclarecimentos podem ser solicitados por escrito à Fundação das Pioneiras Sociais/Comissão Técnica do Equipos, Qd. 301, cj. A SMHS, CEP 70330, Brasília, DF.

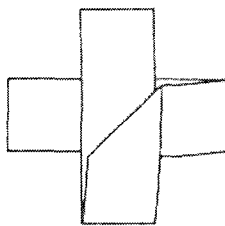
(3. Símbolo/cont.)



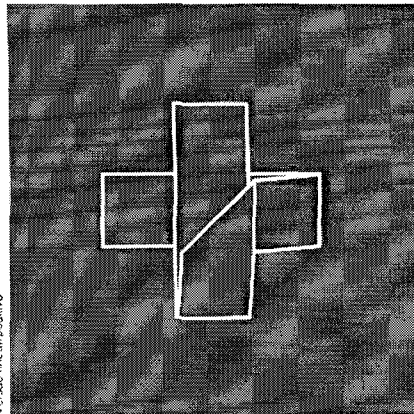
Versão chapada positivo



Versão chapada negativo



Versão linear positivo



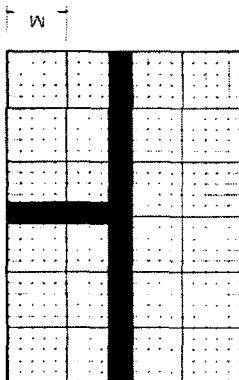
Versão Linear negativo

3. SÍMBOLO

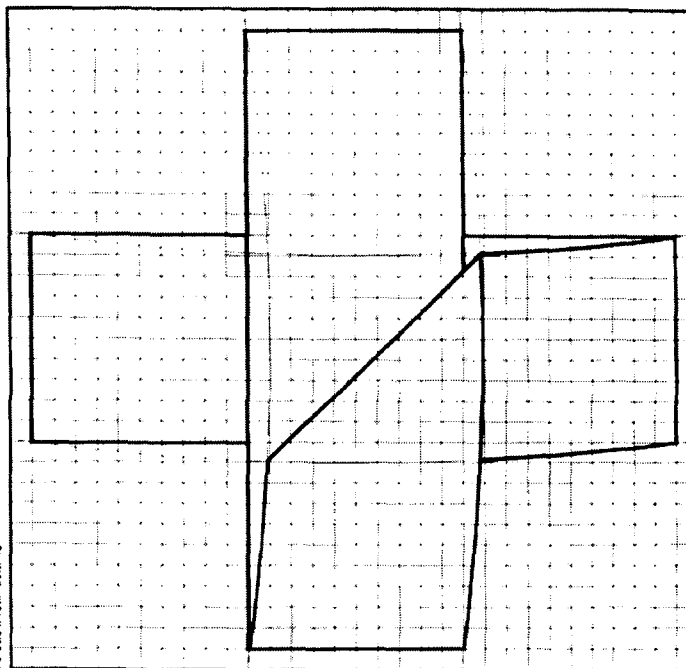
VERSÕES
O símbolo do SUS apresenta três versões básicas: versão linear, versão chapada e versão meio-lom. As versões linear e chapada podem ocorrer em positivo ou negativo, dependendo do melhor rendimento de contraste em relação ao fundo em que serão aplicadas.

(3. SÍMBOLO/CONT.)

Diagrama de Construção
Nas situações em que não seja possível reproduzir o símbolo por processo fotográfico, deve-se redenhá-lo a partir do diagrama de construção.



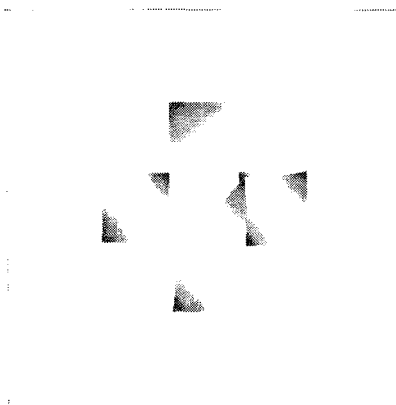
Versão linear: detalhe



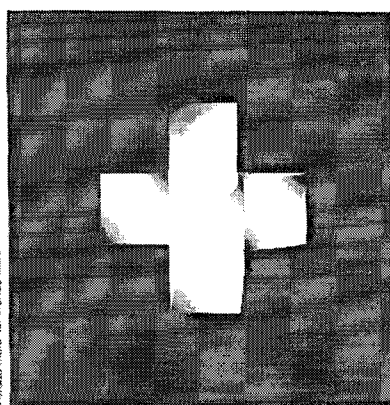
Versão linear: Versão chapada

(3. Símbolo/cont.)

A versão meio-tom desenhada-se principalmente a uso em materiais promocionais e à veiculação em cinema, vídeo e televisão. Esta versão deve ser utilizada sempre em positivo, sobre fundos claros ou escuros.



Versão meio-tom/fundo claro



Versão meio-tom/fundo escuro

Clarice Carvalho
RF. 10.869

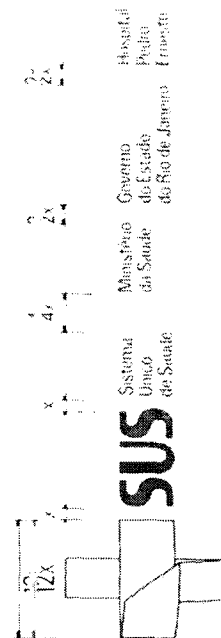
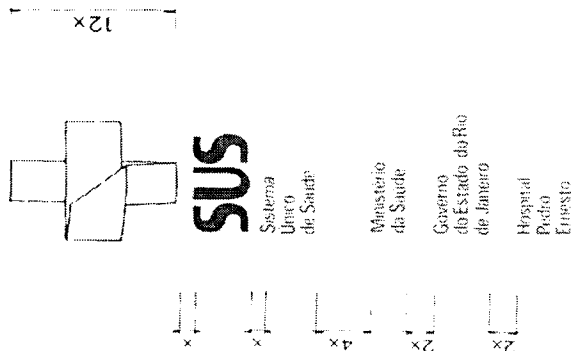
11

5. ASSINATURA ASSOCIADA

A Assinatura do SUS prevalece sobre as assinaturas do Ministério da Saúde e dos seus órgãos e entidades associados.

As Assinaturas Associadas podem ser ordenadas horizontal ou verticalmente, sendo dispostas em blocos de texto de até 4 linhas. As relações de dimensionamento e posicionamento são fixas.

Nas páginas seguintes é apresentada a configuração geral das Assinaturas Associadas, de acordo com os níveis e hierarquia das informações.

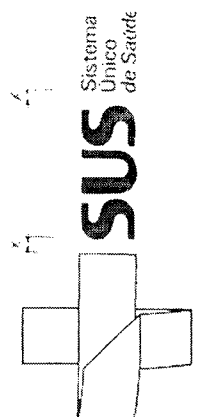
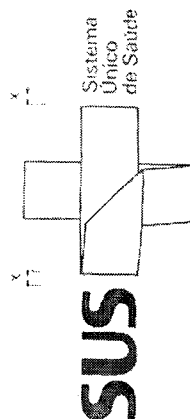
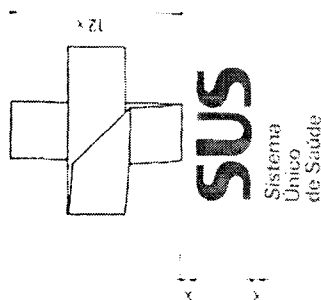


4. ASSINATURA COMPLETA

A Assinatura Completa do SUS é formado pela Associação do símbolo do logotipo e do nome institucional.

De modo a atender às diversas necessidades de uso, foram desenvolvidas duas versões horizontais e uma vertical, que apresentam relações fixas de dimensionamento e posicionamento.

As ilustrações apresentam o símbolo na versão linear mas são válidas para as outras versões.



(5. Assinaturas Associadas(cont))



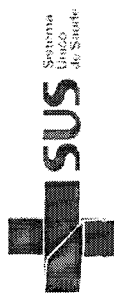
Ministério da Saúde



Ministério da Saúde
Governo do Estado do Rio de Janeiro



Ministério da Saúde
INAMPS
Instituto Nacional de Assistência Médica e do Previdência Social (1)



Ministério da Saúde



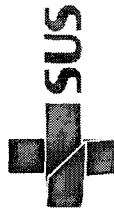
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde

- (1) Órgãos Federais:
CENME Central de Medicamentos
FIP Fundação das Pioneiras Sociais
FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz
INCORP Instituto de Coração
INAN Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
FUNASA Fundação Nacional de Saúde
DATASUS

(5. Assinaturas Associadas(cont.))



Ministério da Saúde
INAMPS
Instituto Nacional de Assistência Médica e do Previdência Social
Diretor-Geral
Brasil



Ministério da Saúde
INAMPS
Instituto Nacional de Assistência Médica e do Previdência Social
Exatidão Hospital
de Colônia do Tênia
e do Colônia



Ministério da Saúde
INAMPS
Governo do Estado do Rio de Janeiro
Hospital Pedro Ernesto (2)



Ministério da Saúde
INAMPS
Governo do Estado do Rio de Janeiro
Hospital Pedro Ernesto (3)



Ministério da Saúde
INAMPS
Governo do Estado do Rio de Janeiro
Hospital Pedro Ernesto (4)

- (2) Nome do Estado
(3) Nome da unidade estadual conveniada (Hospital ou Hemocentro)
(4) Nome do município
(5) Nome da unidade municipal conveniada (Hospital, Centro de Saúde, Posto de Saúde ou Laboratório)
(6) Nome da unidade universitária conveniada

O alfabeto apresentado abaixo serve como referência da tipografia Univers 65 para casos em que haja variação de nomenclatura.

6. TIPOGRAFIA

O uso sistematizado de um tipo de letra é fundamental para garantir a unidade gráfica da identidade visual do SUS em todas as aplicações. Foram definidas as tipografias Peignot Bold caixa baixa para o logotipo do SUS, e a Univers 65 caixa alta e baixa para as Assinaturas.

Peignot Bold
caixa baixa

Univers 65
caixa alta e caixa

SUS

Sistema
Único
de Saúde

UNIVERS 65/ALFABETO COMPLETO

abcdefghijklmnopqrstuvwxyz

opqrstuvwxyz

ABCDEFGHIJKLMN

OQRSTUVWXYZ;

1234567890

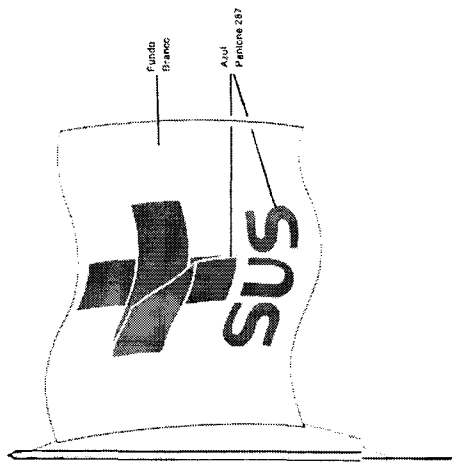
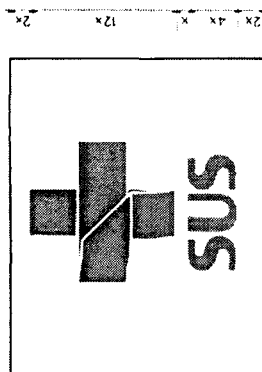
&@?;!\$%\$().<>///&^`~.,

17
Folha 41
Proc. Nº 273 / 08
Clarice Carvalho
RF. 10.869

16

8. APLICAÇÕES BÁSICAS

BANDEIRAS
As Bandeiras devem ter identificação nas duas faces, podendo ser produzidas em nylon ou tergal a partir das especificações fornecidas.



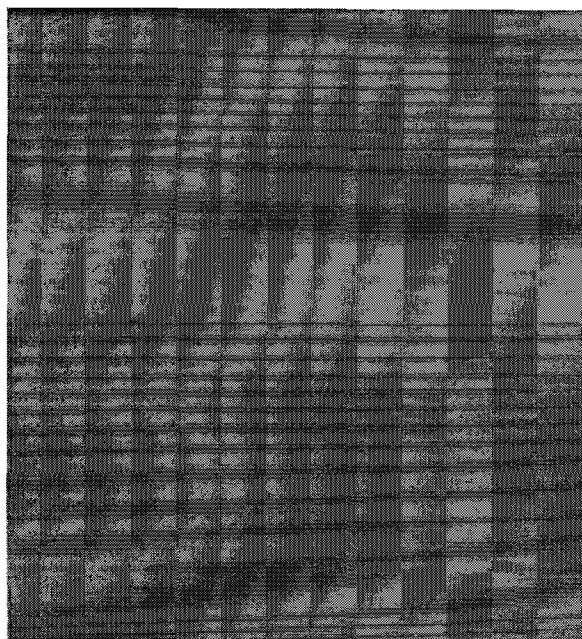
7.COR

A cor que caracteriza a Identidade visual do SUS é o azul escuro, em tonalidade específica: Pantone 287.

Esta referência é universal para impressão em off-set, mas deve servir de padrão para a reprodução da Assinatura em todas as aplicações.

Para pintura direta em madeira, ferro e outros materiais, utiliza-se como referência a cor Azul Danubio 751 Volkswagen (Wandlac 5248/Wandacar 6248).

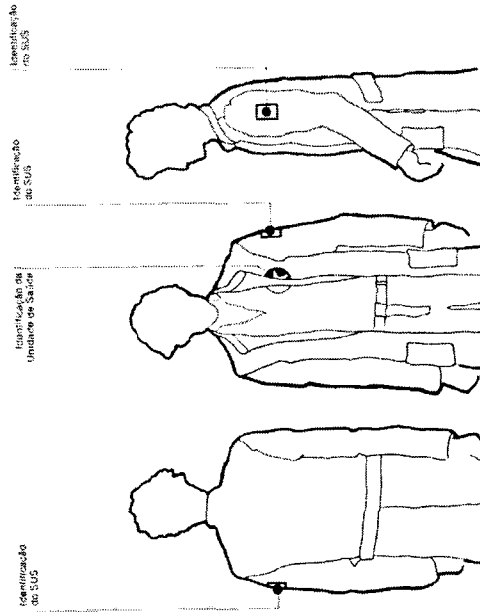
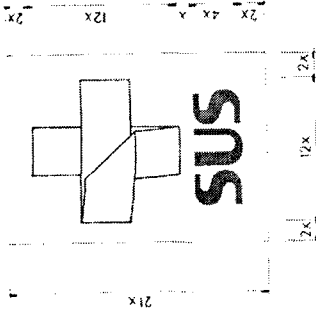
Quando não for possível utilizar as referências acima, deve-se obter a tonalidade padrão através de aproximação, devendo-se para isto fornecer ao impressor amostras exatas da cor desejada.



Folha 42
Proc. Nº 273/08
Clarice Carvalho
RF. 10.869

(8. Aplicações Básicas(cont.))

UNIFORMES
Nos uniformes a identificação é feita na manga esquerda, podendo ser impressa em serigrafia ou bordada. Nos dois casos, a identificação pode ser feita diretamente na manga ou em tecido que será posteriormente costurado à manga.

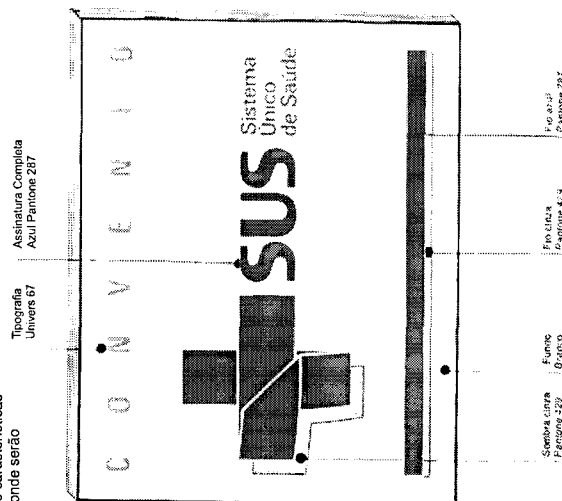


(8. Aplicações Básicas(cont.))

PLACAS DE IDENTIFICAÇÃO DE CONVENIOS

As entidades privadas vinculadas ao SUS devem identificar o convênio através de placa padronizada, que devem ser posicionadas em local de boa visibilidade.

Esta placas podem ser posicionadas paralela ou perpendicularmente à fachada, dependendo das características físicas do local onde serão instaladas.

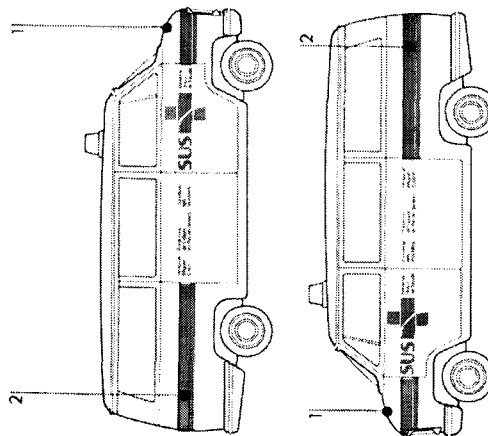
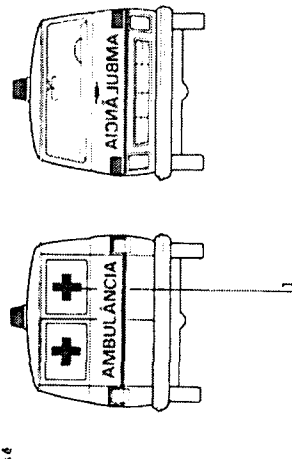


(8. Aplicações Básicas/cont.)

AMBULÂNCIAS

A identificação das ambulâncias é complementada por uma faixa horizontal nas cores azul e vermelha justapostas. Nas ambulâncias UTI utiliza-se o símbolo internacional de identificação.

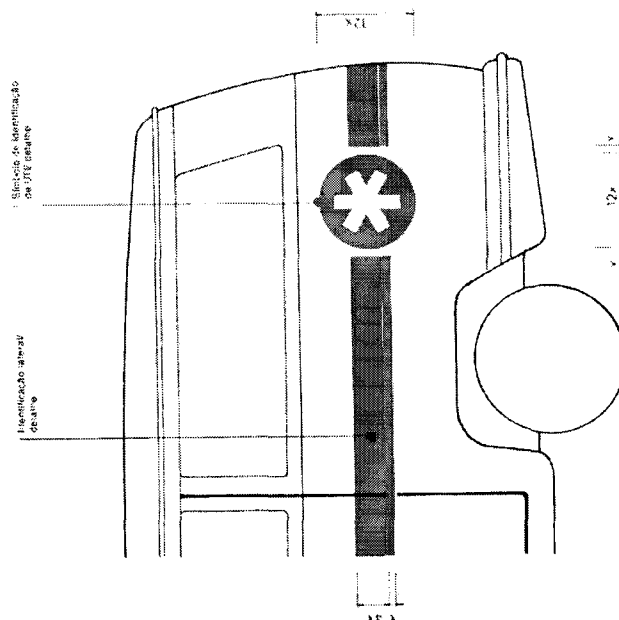
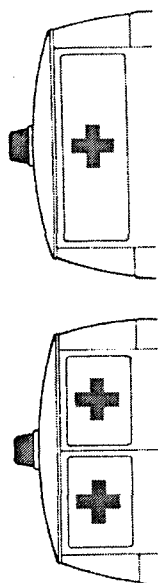
A cruz vermelha de identificação das ambulâncias deve ser localizada no capot e nos vidros trazeiros. Quando a ambulância tiver apenas um vidro na porta trazeiro utiliza-se apenas uma cruz centralizada no vidro.



- (1) Cruz de identificação de ambulâncias
- (2) Localização do símbolo internacional para ambulância UTI (ver detalha)

20

(8. Aplicações Básicas/cont.)



21

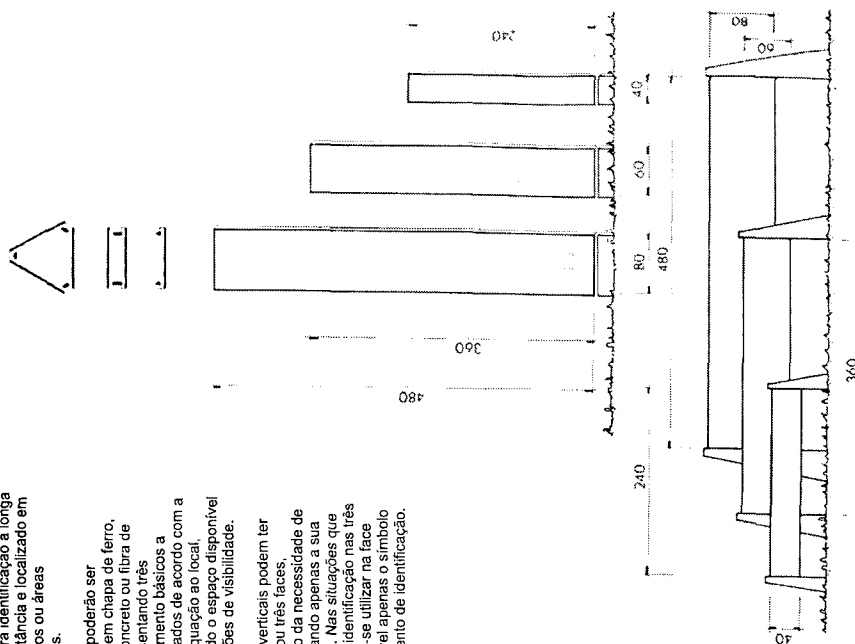
(8. Aplicações Básicas/cont.)

Marco Institucional

O marco Institucional pode ser vertical ou horizontal, devendo ser utilizado para identificação a longa e média distância e localizado em jardins, pátios ou áreas semelhantes.

Os marcos poderão ser produzidos em chapa de ferro, alumínio, concreto ou fibra de vidro, apresentando três dimensionamento básicos a serem utilizados de acordo com a melhor adequação ao local, considerando o espaço disponível e as condições de visibilidade.

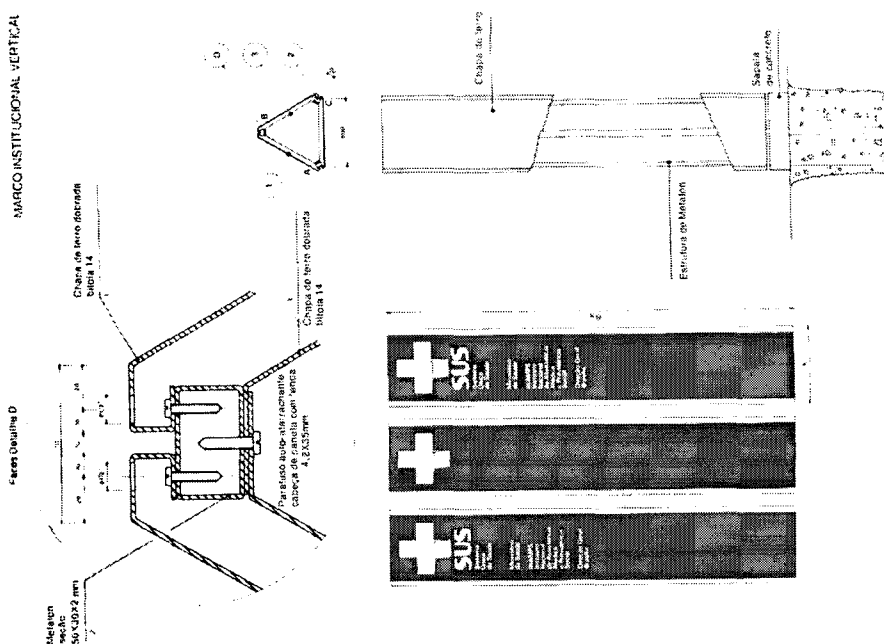
Os marcos verticais podem ter uma, duas ou três faces, dependendo da necessidade de leitura, variando apenas a sua forma física. Nas situações que permitam a identificação nas três faces, pode-se utilizar na face menos visível apenas o símbolo como elemento de identificação.



22

(8. Aplicações Básicas/cont.)

MARCO INSTITUCIONAL VERTICAL



23

9. Origina

A reprodu
Assinature
por proces
evilar dist

Os origina
podem sei
real ou er
de ampli
um novo c
especifica
cartilha.

Para gran
não seja p
fotografica
recursos c
pantiógraf

(8. Aplicações Básicas/cont.)

FACHADAS

A identificação de fachadas é caracterizada por dois módulos distintos:

- * Módulo básicos, que contém a identificação do SUS
- * Módulo complementar, que contém o nome da unidade conveniada.

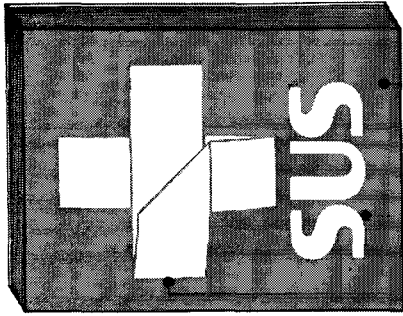
O módulo básico é sempre em fundo azul com o símbolo e o complementar é em fundo cinza com o texto em azul.

Dependendo do espaço disponível e da extensão do nome da unidade conveniada, pode-se adotar uma das três opções apresentadas, com o nome ocorrendo em uma, duas ou três linhas. Em qualquer um dos casos, o módulo básico pode ser posicionado a esquerda ou a direita do módulo complementar.

O dimensionamento do letreiro será definido em função das características físicas da instalação e do espaço disponível na fachada, devendo-se entretanto obedecer às relações básicas estabelecidas nos diagramas.

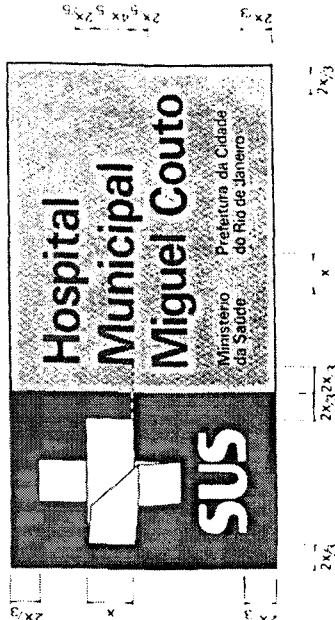
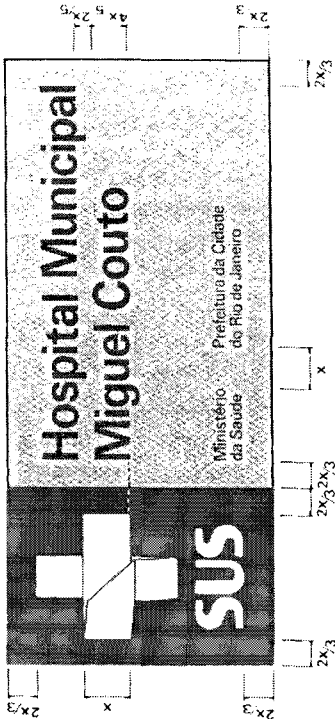
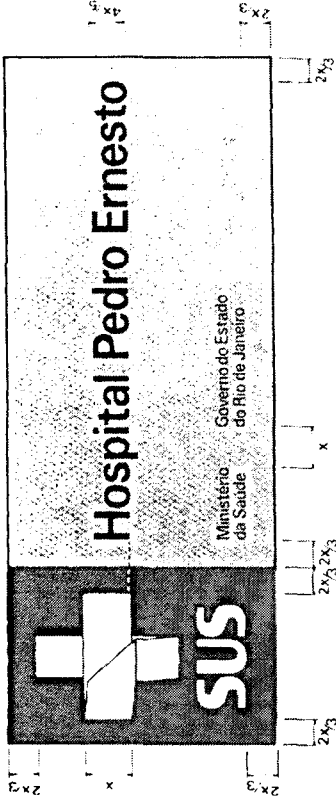
Os letreiros poderão ser produzidos em chapa de ferro, alumínio, fibra ou acrílico.

Observação: caso não seja possível produzir o letreiro completo, pode-se utilizar provisoriamente o módulo básico acoplado ao letreiro já existente.



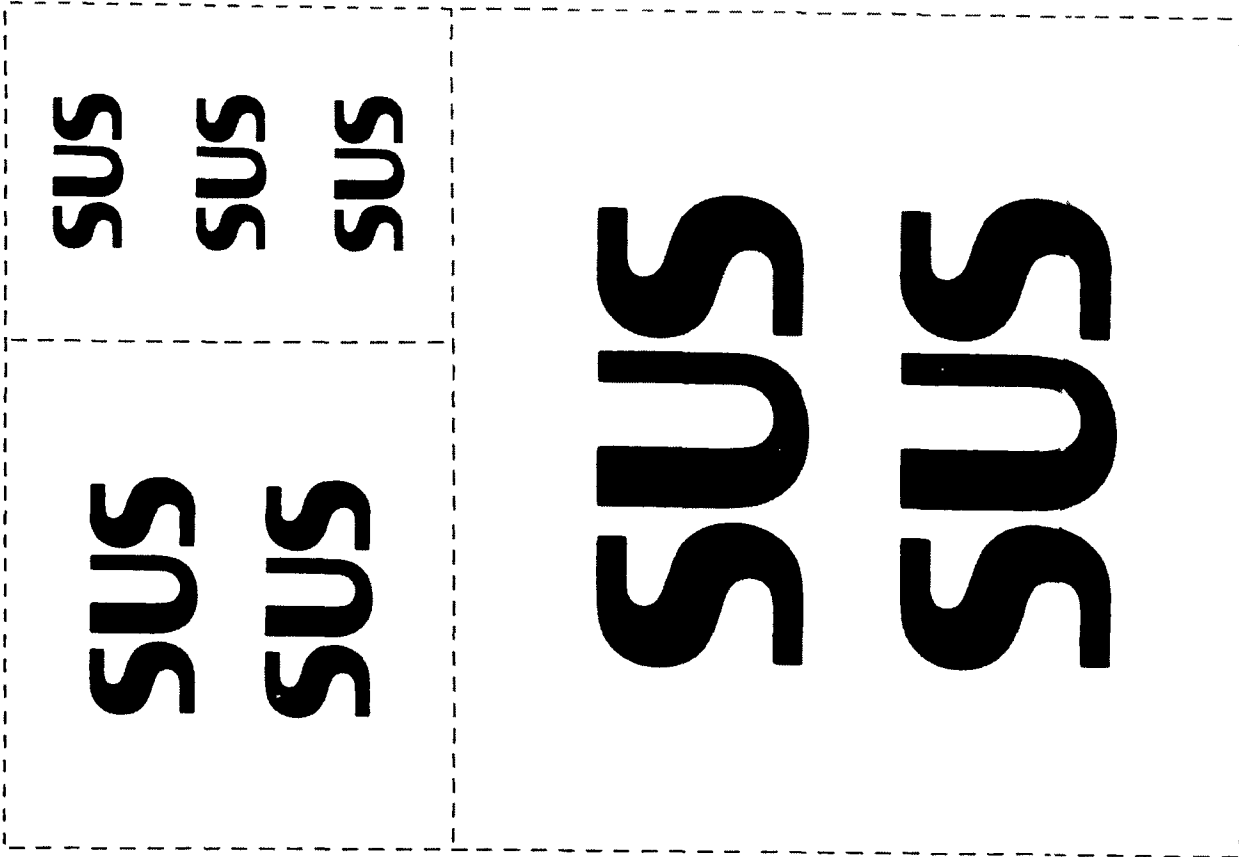
Símbolo branco
fundo azul
Logotipo
branco

(8. Aplicações Básicas/cont.)



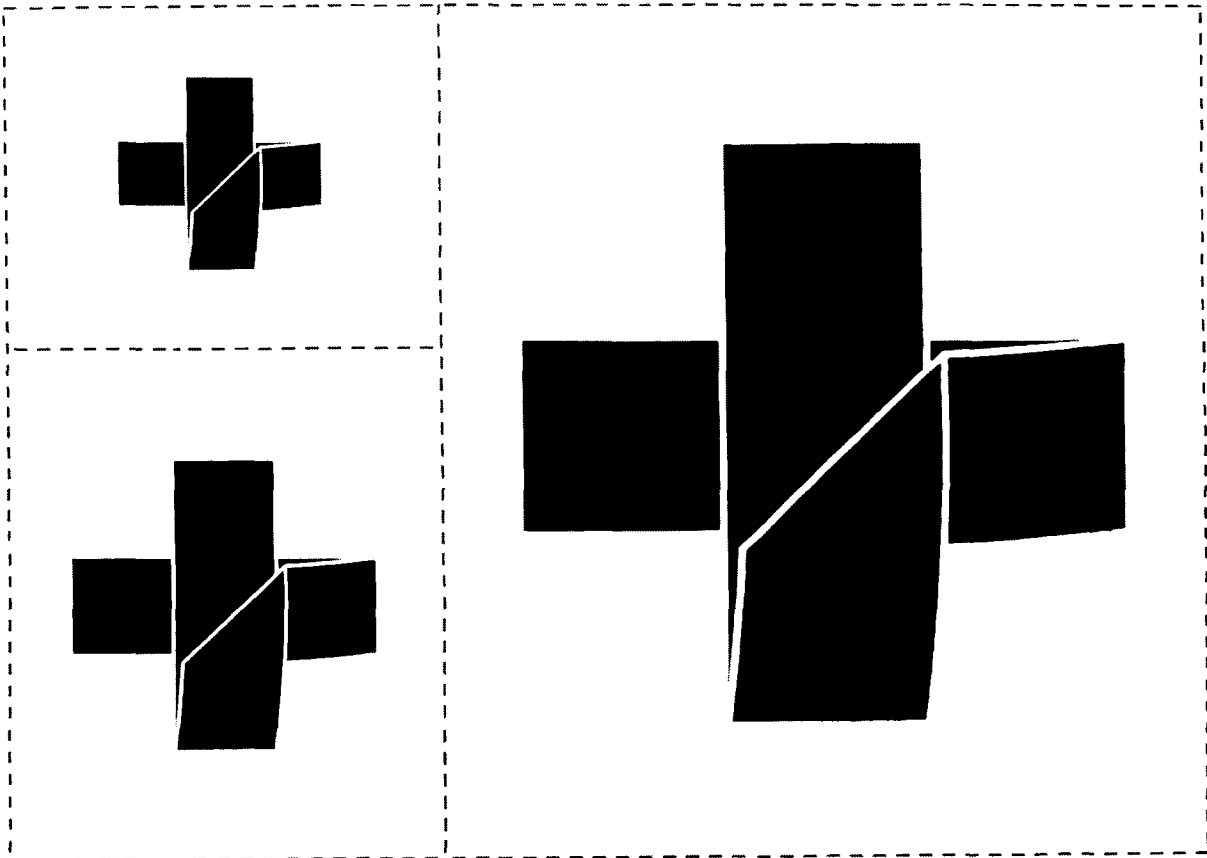
Clarice Carvalho
RF. 10.869

29



Versão Chapada/positivo

(9. Originals/cont.)



28

Câmara Municipal de São Paulo

Base de dados : legis

Pesquisa : 14166

Total de referências : 1

Folha 48
Proc. Nº 223 / 08
Clarice Carvalho
RF. 10.869

1/1

Título: LEI Nº 14.166 06/06/2006 ([ver documento](#))

Sem revogação expressa

Ementa: Regulamenta o uso de símbolos oficiais do Município, e dá outras providências.

Projeto: Projeto de Lei Nº 267/2005 ([ver documento](#))

Autor(es): Carlos Giannazi

[[Back](#)]

Folha 49
Proc. Nº 223 1 03
Clarice Carvalho
RF. 10.869

LEI Nº 14.166, DE 6 DE JUNHO DE 2006

(Projeto de Lei nº 267/05, do Vereador Carlos Giannazi - PSOL)

Regulamenta o uso de símbolos oficiais do Município, e dá outras providências.

GILBERTO KASSAB, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, nos termos do disposto no inciso I do artigo 84 do seu Regimento Interno, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º Os governantes do Município de São Paulo não poderão usar nenhuma logomarca de identificação de sua administração que não seja o brasão oficial da cidade, com a inscrição "Cidade de São Paulo".

§ 1º Fica expressamente proibido o uso de qualquer logotipo ou logomarca que insinue ou lembre por semelhança o símbolo de partido político.

§ 2º A proibição de que trata este artigo é aplicável à Administração Direta e Indireta de todos os poderes do Município, suas autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista.

Art. 2º A proibição a que se refere o artigo anterior é também aplicável aos veículos oficiais e conveniados, prédios, uniformes, placas de publicidade ou identificação de obras, a qualquer tipo de material, objetos e alimentos doados à população e publicações oficiais.

Art. 3º As despesas com a execução da presente lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 6 de junho de 2006, 453º da fundação de São Paulo.

GILBERTO KASSAB, PREFEITO

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 6 de junho de 2006.

ALOYSIO NUNES FERREIRA FILHO, Secretário do Governo Municipal

Câmara Municipal de São Paulo

Base de dados : legis
Pesquisa : 14223
Total de referências : 1

Folha 50
Proc. Nº 273/08
Clarice Carvalho
RF. 10.869

1/1

- Título: LEI Nº 14.223 26/09/2006 ([ver documento](#))
Sem revogação expressa
- Ementa: Dispõe sobre a ordenação dos elementos que compõem a paisagem urbana do Município de São Paulo.
- Projeto: Projeto de Lei Nº 379/2006 ([ver documento](#))
- Autor(es): EXECUTIVO; Gilberto Kassab
- Regulamentação: Decreto nº 47.950/2006 - Regulamenta esta Lei.; ([ver documento](#))
Decreto nº 49.245/2008 - Regulamenta o art. 50 desta Lei.; ([ver documento](#))
Decreto nº 50.077/2008 - Regulamenta o art. 50 desta Lei, revogando a regulamentação anterior.; ([ver documento](#))
Decreto nº 52.062/2010 - Regulamenta o art. 50 desta Lei, revogando a regulamentação anterior. ([ver documento](#))
PARA VERIFICAR SE HÁ ALTERAÇÕES PARA OS ATOS E DECRETOS DE REGULAMENTAÇÃO DESTA NORMA, FAÇA NOVA PESQUISA PELO NÚMERO DE CADA ATO OU DECRETO DE REGULAMENTAÇÃO.
- Notas: - Os anúncios irregulares deverão ser retirados até 31/12/2006.
- Notas complem.: - Suplemento com Comunicado da Secretaria de Coordenação das Subprefeituras, para atender o disposto no art. 52 desta Lei: Tabela I - Relação das Licenças de Anúncios Indicativos da Lei nº 13.525/2003 cadastrados nas Subprefeituras; Tabela II - Relação das Licenças de Anúncios Indicativos da Lei nº 13.525/2003 pela Internet; Tabela III - Relação das Licenças de Anúncios Indicativos da Lei nº 12.115/1996 cadastrados na SEHAB. DOC 27/10/2006 em 5 Partes.
- Decreto nº 48.368/2007 - Regulamenta disposições relativas às competências da Comissão de Proteção à Paisagem Urbana, em consonância com esta Lei.
- Lei nº 14.517/2007 - art.24 - A celebração dos termos de cooperação de que trata o art. 50 desta Lei, sujeitar-se-á a prévia autorização do prefeito.
- Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 146.794-0 - Por meio do Acórdão publicado em 11/09/2008, o Órgão Especial do E. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, por unanimidade, analisou o mérito e julgou improcedente a ação movida pela Central de Outdoor com o objetivo de declarar a inconstitucionalidade dos arts. 6º, VIII, 18 e 44 desta Lei. Tal decisão ainda não transitou em julgado. DOC 10/08/2010 p. 87 c. 2.

[\[Back \]](#)

Clarice Carvalho
RF. 10.869

Lei nº 14.223, DE 26 DE SETEMBRO DE 2006
(Projeto de Lei nº 379/06, do Executivo, aprovado na forma de Substitutivo do Legislativo)
Dispõe sobre a ordenação dos elementos que compõem a paisagem urbana do Município de São Paulo.
GILBERTO KASSAB, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 26 de setembro de 2006, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

CAPÍTULO I
DOS OBJETIVOS, DIRETRIZES, ESTRATÉGIAS E DEFINIÇÕES

Art. 1º. Esta lei dispõe sobre a ordenação dos elementos que compõem a paisagem urbana, visíveis a partir de logradouro público no território do Município de São Paulo.
Art. 2º. Para fins de aplicação desta lei, considera-se paisagem urbana o espaço aéreo e a superfície externa de qualquer elemento natural ou construído, tais como água, fauna, flora, construções, edifícios, anteparos, superfícies aparentes de equipamentos de infra-estrutura, de segurança e de veículos automotores, anúncios de qualquer natureza, elementos de sinalização urbana, equipamentos de informação e comodidade pública e logradouros públicos, visíveis por qualquer observador situado em áreas de uso comum do povo.

Art. 3º. Constituem objetivos da ordenação da paisagem do Município de São Paulo o atendimento ao interesse público em consonância com os direitos fundamentais da pessoa humana e as necessidades de conforto ambiental, com a melhoria da qualidade de vida urbana, assegurando, dentre outros, os seguintes:

- I - o bem-estar estético, cultural e ambiental da população;
- II - a segurança das edificações e da população;
- III - a valorização do ambiente natural e construído;
- IV - a segurança, a fluidez e o conforto nos deslocamentos de veículos e pedestres;
- V - a percepção e a compreensão dos elementos referenciais da paisagem;
- VI - a preservação da memória cultural;
- VII - a preservação e a visualização das características peculiares dos logradouros e das fachadas;
- VIII - a preservação e a visualização dos elementos naturais tomados em seu conjunto e em suas peculiaridades ambientais nativas;
- IX - o fácil acesso e utilização das funções e serviços de interesse coletivo nas vias e logradouros;
- X - o fácil e rápido acesso aos serviços de emergência, tais como bombeiros, ambulâncias e polícia;
- XI - o equilíbrio de interesses dos diversos agentes atuantes na cidade para a promoção da melhoria da paisagem do Município.

Art. 4º. Constituem diretrizes a serem observadas na colocação dos elementos que compõem a paisagem urbana:

- I - o livre acesso de pessoas e bens à infra-estrutura urbana;
- II - a priorização da sinalização de interesse público com vistas a não confundir motoristas na condução de veículos e garantir a livre e segura locomoção de pedestres;
- III - o combate à poluição visual, bem como à degradação ambiental;
- IV - a proteção, preservação e recuperação do patrimônio cultural, histórico, artístico, paisagístico, de consagração popular, bem como do meio ambiente natural ou construído da cidade;
- V - a compatibilização das modalidades de anúncios com os locais onde possam ser veiculados, nos termos desta lei;

VI - a implantação de sistema de fiscalização efetivo, ágil, moderno, planejado e permanente.
Art. 5º. As estratégias para a implantação da política da paisagem urbana são as seguintes:

- I - a elaboração de normas e programas específicos para os distintos setores da Cidade, considerando a diversidade da paisagem nas várias regiões que a compõem;
- II - o disciplinamento dos elementos presentes nas áreas públicas, considerando as normas de ocupação das áreas privadas e a volumetria das edificações que, no conjunto, são formadoras da paisagem urbana;
- III - a criação de novos padrões, mais restritivos, de comunicação institucional, informativa ou indicativa;
- IV - a adoção de parâmetros de dimensões, posicionamento, quantidade e interferência mais adequados à sinalização de trânsito, aos elementos construídos e à vegetação, considerando a capacidade de suporte da região;
- V - o estabelecimento de normas e diretrizes para a implantação dos elementos componentes da paisagem urbana e a correspondente veiculação de publicidade;
- VI - a criação de mecanismos eficazes de fiscalização sobre as diversas intervenções na paisagem urbana.

Art. 6º. Para os efeitos de aplicação desta lei, ficam estabelecidas as seguintes definições:

- I - anúncio: qualquer veículo de comunicação visual presente na paisagem visível do logradouro público, composto de área de exposição e estrutura, podendo ser:
 - a) anúncio indicativo: aquele que visa apenas identificar, no próprio local da atividade, os estabelecimentos e/ou profissionais que dele fazem uso;
 - b) anúncio publicitário: aquele destinado à veiculação de publicidade, instalado fora do local onde se exerce a atividade;
 - c) anúncio especial: aquele que possui características específicas, com finalidade cultural, eleitoral, educativa ou imobiliária, nos termos do disposto no art. 19 desta lei;
- II - área de exposição do anúncio: a área que compõe cada face da mensagem do anúncio, devendo, caso haja dificuldade de determinação da superfície de exposição, ser considerada a área do menor quadrilátero regular que contenha o anúncio;
- III - área livre de imóvel edificado: a área descoberta existente entre a edificação e qualquer divisa do imóvel que a contém;
- IV - área total do anúncio: a soma das áreas de todas as superfícies de exposição do anúncio, expressa em metros quadrados;
- V - bem de uso comum: aquele destinado à utilização do povo, tais como as áreas verdes e institucionais, as vias e logradouros públicos, e outros;
- VI - bem de valor cultural: aquele de interesse paisagístico, cultural, turístico, arquitetônico, ambiental ou de consagração popular, público ou privado, composto pelas áreas, edificações, monumentos, parques e bens tombados pela União, Estado e Município, e suas áreas envoltórias;
- VII - espaço de utilização pública: a parcela do espaço urbano passível de uso e fruição pela população;
- VIII - mobiliário urbano é o conjunto de elementos que podem ocupar o espaço público, implantados, direta ou indiretamente, pela Administração Municipal, com as seguintes funções urbanísticas:
 - a) circulação e transportes;
 - b) ornamentação da paisagem e ambientação urbana;
 - c) descanso e lazer;
 - d) serviços de utilidade pública;
 - e) comunicação e publicidade;
 - f) atividade comercial;
 - g) acessórios à infra-estrutura;

Clarice Carvalho
RF. 10.869

IX - fachada: qualquer das faces externas de uma edificação principal ou complementar, tais como torres, caixas d'água, chaminés ou similares;
X - imóvel: o lote, público ou privado, edificado ou não, assim definido:
a) imóvel edificado: aquele ocupado total ou parcialmente com edificação permanente;
b) imóvel não-edificado: aquele não ocupado ou ocupado com edificação transitória, em que não se exerçam atividades nos termos da legislação de uso e ocupação do solo;
XI - lote: a parcela de terreno resultante de loteamento, desmembramento ou desdobro, contida em uma quadra com, pelo menos, uma divisa limítrofe a via de circulação oficial;
XII - testada ou alinhamento: a linha divisória entre o imóvel de propriedade particular ou pública e o logradouro ou via pública.
Art. 7º. Para os fins desta lei, não são considerados anúncios:
I - os nomes, símbolos, entalhes, relevos ou logotipos, incorporados à fachada por meio de aberturas ou gravados nas paredes, sem aplicação ou afixação, integrantes de projeto aprovado das edificações;
II - os logotipos ou logomarcas de postos de abastecimento e serviços, quando veiculados nos equipamentos próprios do mobiliário obrigatório, como bombas, densímetros e similares;
III - as denominações de prédios e condomínios;
IV - os que contenham referências que indiquem lotação, capacidade e os que recomendem cautela ou indiquem perigo, desde que sem qualquer legenda, dístico ou desenho de valor publicitário;
V - os que contenham mensagens obrigatórias por legislação federal, estadual ou municipal;
VI - os que contenham mensagens indicativas de cooperação com o Poder Público Municipal, Estadual ou Federal;
VII - os que contenham mensagens indicativas de órgãos da Administração Direta;
VIII - os que contenham indicação de monitoramento de empresas de segurança com área máxima de 0,04m² (quatro decímetros quadrados);
IX - aqueles instalados em áreas de proteção ambiental que contenham mensagens institucionais com patrocínio;
X - os que contenham as bandeiras dos cartões de crédito aceitos nos estabelecimentos comerciais, desde que não ultrapassem a área total de 0,09m² (nove decímetros quadrados);
XI - os "banners" ou pôsteres indicativos dos eventos culturais que serão exibidos na própria edificação, para museu ou teatro, desde que não ultrapassem 10% (dez por cento) da área total de todas as fachadas;
XII - a denominação de hotéis ou a sua logomarca, quando inseridas ao longo da fachada das edificações onde é exercida a atividade, devendo o projeto ser aprovado pela Comissão de Proteção à Paisagem Urbana - CPPU;
XIII - a identificação das empresas nos veículos automotores utilizados para a realização de seus serviços.

CAPÍTULO II
DAS NORMAS GERAIS

Art. 8º. Todo anúncio deverá observar, dentre outras, as seguintes normas:
I - oferecer condições de segurança ao público;
II - ser mantido em bom estado de conservação, no que tange a estabilidade, resistência dos materiais e aspecto visual;
III - receber tratamento final adequado em todas as suas superfícies, inclusive na sua estrutura;

IV - atender as normas técnicas pertinentes à segurança e estabilidade de seus elementos;
V - atender as normas técnicas emitidas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT, pertinentes às distâncias das redes de distribuição de energia elétrica, ou a parecer técnico emitido pelo órgão público estadual ou empresa responsável pela distribuição de energia elétrica;
VI - respeitar a vegetação arbórea significativa definida por normas específicas constantes do Plano Diretor Estratégico;
VII - não prejudicar a visibilidade de sinalização de trânsito ou outro sinal de comunicação institucional, destinado à orientação do público, bem como a numeração imobiliária e a denominação dos logradouros;
VIII - não provocar reflexo, brilho ou intensidade de luz que possa ocasionar ofuscamento, prejudicar a visão dos motoristas, interferir na operação ou sinalização de trânsito ou, ainda, causar insegurança ao trânsito de veículos e pedestres, quando com dispositivo elétrico ou com película de alta reflexividade;
IX - não prejudicar a visualização de bens de valor cultural.
Art. 9º. É proibida a instalação de anúncios em:
I - leitos dos rios e cursos d'água, reservatórios, lagos e represas, conforme legislação específica;
II - vias, parques, praças e outros logradouros públicos, salvo os anúncios de cooperação entre o Poder Público e a iniciativa privada, a serem definidos por legislação específica, bem como as placas e unidades identificadoras definidas no § 6º do art. 22 desta lei;
III - imóveis situados nas zonas de uso estritamente residenciais, salvo os anúncios indicativos nos imóveis regulares e que já possuíam a devida licença de funcionamento anteriormente à Lei nº 13.430, de 13 de setembro de 2002;
IV - postes de iluminação pública ou de rede de telefonia, inclusive cabines e telefones públicos, conforme autorização específica, exceção feita ao mobiliário urbano nos pontos permitidos pela Prefeitura;
V - torres ou postes de transmissão de energia elétrica;
VI - nos dutos de gás e de abastecimento de água, hidrantes, torres d'água e outros similares;
VII - faixas ou placas acopladas à sinalização de trânsito;
VIII - obras públicas de arte, tais como pontes, passarelas, viadutos e túneis, ainda que de domínio estadual e federal;
IX - bens de uso comum do povo a uma distância inferior a 30,00m (trinta metros) de obras públicas de arte, tais como túneis, passarelas, pontes e viadutos, bem como de seus respectivos acessos;
X - nos muros, paredes e empenas cegas de lotes públicos ou privados, edificados ou não;
XI - nas árvores de qualquer porte;
XII - nos veículos automotores, motocicletas, bicicletas e similares e nos "trailers" ou carretas engatados ou desengatados de veículos automotores, excetuados aqueles utilizados para transporte de carga.
Art. 10. É proibido colocar anúncio na paisagem que:
I - oblitere, mesmo que parcialmente, a visibilidade de bens tombados;
II - prejudique a edificação em que estiver instalado ou as edificações vizinhas;
III - prejudique, por qualquer forma, a insolação ou a aeração da edificação em que estiver instalado ou a dos imóveis vizinhos;
IV - apresente conjunto de formas e cores que se confundam com as convenções internacionais para as diferentes categorias de sinalização de trânsito;
V - apresente conjunto de formas e cores que se confundam com as consagrações pelas normas de segurança para a prevenção e o combate a incêndios.

Art. 11. A aprovação do anúncio indicativo nas edificações e áreas enquadradas como Zonas de Preservação Cultural - ZEPEC e nos bens de valor cultural fica condicionada à prévia autorização da Secretaria Municipal de Planejamento - SEMPLA e da Secretaria Municipal de Cultura - SMC, nos termos do art. 125 da Lei nº 13.885, de 23 de agosto de 2004.

CAPÍTULO III DA ORDENAÇÃO DA PAISAGEM URBANA

Art. 12. Para os efeitos desta lei, considera-se, para a utilização da paisagem urbana, todos os anúncios, desde que visíveis do logradouro público em movimento ou não, instalados em:

- I - imóvel de propriedade particular, edificado ou não;
 - II - imóvel de domínio público, edificado ou não;
 - III - bens de uso comum do povo;
 - IV - obras de construção civil em lotes públicos ou privados;
 - V - faixas de domínio, pertencentes a redes de infra-estrutura, e faixas de serviço de redes de transporte, de redes de transmissão de energia elétrica, de oleodutos, de gasodutos e similares;
 - VI - veículos automotores e motocicletas;
 - VII - bicicletas e similares;
 - VIII - "trailers" ou carretas engatados ou desengatados de veículos automotores;
 - IX - mobiliário urbano;
 - X - aeronaves em geral e sistemas aéreos de qualquer tipo.
- § 1º. Para fins do disposto neste artigo, considera-se visível o anúncio instalado em espaço externo ou interno da edificação e externo ou interno dos veículos automotores, excetuados aqueles utilizados para transporte de carga.
- § 2º. No caso de se encontrar afixado em espaço interno de qualquer edificação, o anúncio será considerado visível quando localizado até 1,00m (um metro) de qualquer abertura ou vedo transparente que se comunique diretamente com o exterior.

Seção I

Do Anúncio Indicativo em Imóvel Edificado, Público ou Privado

Art. 13. Ressalvado o disposto no art. 16 desta lei, será permitido somente um único anúncio indicativo por imóvel público ou privado, que deverá conter todas as informações necessárias ao público.

§ 1º. Os anúncios indicativos deverão atender as seguintes condições:

- I - quando a testada do imóvel for inferior a 10,00m (dez metros) lineares, a área total do anúncio não deverá ultrapassar 1,50m² (um metro e cinquenta decímetros quadrados);
- II - quando a testada do imóvel for igual ou superior a 10,00m (dez metros) lineares e inferior a 100,00m (cem metros lineares), a área total do anúncio não deverá ultrapassar 4,00m² (quatro metros quadrados);
- III - quando o anúncio indicativo for composto apenas de letras, logomarcas ou símbolos grampeados ou pinçados na parede, a área total do anúncio será aquela resultante do somatório dos polígonos formados pelas linhas imediatamente externas que contornam cada elemento inserido na fachada;
- IV - quando o anúncio indicativo estiver instalado em suportes em forma de totens ou estruturas tubulares, deverão eles estar contidos dentro do lote e não ultrapassar a altura máxima de 5,00m (cinco metros), incluídas a estrutura e a área total do anúncio.

§ 2º. Não serão permitidos anúncios que descaracterizem as fachadas dos imóveis com a colocação de painéis ou outro dispositivo.

§ 3º. Não serão permitidos anúncios instalados em marquises, saliências ou recobrimento de fachadas, mesmo que constantes de projeto de edificação aprovado ou regularizado.

§ 4º. O anúncio indicativo não poderá avançar sobre o passeio público ou calçada.

§ 5º. Nas edificações existentes no alinhamento, regulares e dotadas de licença de funcionamento, o anúncio indicativo poderá avançar até 0,15m (quinze centímetros) sobre o passeio.

§ 6º. Os anúncios deverão ter sua projeção ortogonal totalmente contida dentro dos limites externos da fachada onde se encontram e não prejudicar a área de exposição de outro anúncio.

§ 7º. Será admitido anúncio indicativo no frontão de toldo retrátil, desde que a altura das letras não ultrapasse 0,20m (vinte centímetros), atendido o disposto no "caput" deste artigo.

§ 8º. Não serão permitidas pinturas, apliques ou quaisquer outros elementos com fins promocionais ou publicitários, que sejam vistos dos logradouros públicos, além daqueles definidos nesta lei.

§ 9º. A altura máxima de qualquer parte do anúncio indicativo não deverá ultrapassar, em nenhuma hipótese, a altura máxima de 5,00m (cinco metros).

§ 10. Na hipótese do imóvel, público ou privado, abrigar mais de uma atividade, o anúncio referido no "caput" deste artigo poderá ser subdividido em outros, desde que sua área total não ultrapasse os limites estabelecidos no § 1º deste artigo.

§ 11. Quando o imóvel for de esquina ou tiver mais de uma frente para logradouro público oficial, será permitido um anúncio por testada, atendidas as exigências estabelecidas neste artigo.

Art. 14. Ficam proibidos os anúncios indicativos nas empenas cegas e nas coberturas das edificações.

Art. 15. Nos imóveis edificados, públicos ou privados, somente serão permitidos anúncios indicativos das atividades neles exercidas e que estejam em conformidade com as disposições estabelecidas na lei de uso e ocupação do solo em vigor e possuam as devidas licenças de funcionamento.

Parágrafo único. Não serão permitidos, nos imóveis edificados, públicos ou privados, a colocação de "banners", faixas ou qualquer outro elemento, dentro ou fora do lote, visando chamar a atenção da população para ofertas, produtos ou informações que não aquelas estabelecidas nesta lei.

Do Anúncio Indicativo em Imóvel Público ou Privado Situado em Lotes com Testada Igual ou Superior a 100 Metros Lineares

Art. 16. Nos imóveis públicos ou privados com testada igual ou maior que 100,00m (cem metros) lineares poderão ser instalados 2 (dois) anúncios com área total não superior a 10,00m² (dez metros quadrados) cada um.

§ 1º. As peças que contenham os anúncios definidos no "caput" deste artigo deverão ser implantadas de forma a garantir distância mínima de 40,00m (quarenta metros) entre elas.

§ 2º. A área total dos anúncios definidos no "caput" deste artigo não deverá, em nenhuma hipótese, ultrapassar 20,00m² (vinte metros quadrados).

Do Anúncio Indicativo em Imóvel Não-Edificado, Público ou Privado

Art. 17. Não será permitido qualquer tipo de anúncio em imóveis não-edificados, de propriedade pública ou privada, ressalvado o disposto no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. Caso seja exercida atividade na área não-edificada, que possua a devida licença de funcionamento, poderá ser instalado anúncio indicativo, observado o disposto no art. 13 desta lei.

Do Anúncio Publicitário em Imóvel Público ou Privado

Art. 18. Fica proibida, no âmbito do Município de São Paulo, a colocação de anúncio publicitário nos imóveis públicos e privados, edificadas ou não.

Dos Anúncios Especiais

Art. 19. Para os efeitos desta lei, os anúncios especiais são classificados em:

- I - de finalidade cultural: quando for integrante de programa cultural, de plano de embelezamento da cidade ou alusivo a data de valor histórico, não podendo sua veiculação ser superior a 30 (trinta) dias, conforme decreto específico do Executivo, que definirá o projeto urbanístico próprio;
 - II - de finalidade educativa, informativa ou de orientação social, religiosa, de programas políticos ou ideológicos, em caso de plebiscitos ou referendos populares; seus candidatos, na forma prevista na legislação federal eleitoral;
 - IV - de finalidade imobiliária, quando for destinado à informação do público para aluguel ou venda de imóvel, não podendo sua área ultrapassar 1,00m² (um metro quadrado) e devendo estar contido dentro do lote.
 - § 1º. Nos anúncios de finalidade cultural e educativa, o espaço reservado para o patrocinador será determinado pelos órgãos municipais competentes.
 - § 2º. Os anúncios referentes à propaganda eleitoral deverão ser retirados no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar da data da realização das eleições ou plebiscitos.
- Art. 20. A veiculação de anúncios especiais relacionados a eventos culturais ou empreendimentos imobiliários sediados nos limites do Centro Histórico do Município de São Paulo dependerá de análise prévia e autorização dos órgãos competentes.

Seção II

Do Anúncio Publicitário no Mobiliário Urbano

Art. 21. A veiculação de anúncios publicitários no mobiliário urbano será feita nos termos estabelecidos em lei específica, de iniciativa do Executivo.

Art. 22. São considerados como mobiliário urbano de uso e utilidade pública os seguintes elementos, dentre outros:

- I - abrigo de parada de transporte público de passageiros;
- II - totem indicativo de parada de ônibus;
- III - sanitário público "standard";
- IV - sanitário público com acesso universal;
- V - sanitário público móvel (para feiras livres e eventos);
- VI - painel publicitário/informativo;
- VII - painel eletrônico para texto informativo;
- VIII - placas e unidades identificadoras de vias e logradouros públicos;
- IX - totem de identificação de espaços e edifícios públicos;
- X - cabine de segurança;
- XI - quiosques para informações culturais;
- XII - bancas de jornais e revistas;
- XIII - bicicletário;
- XIV - estrutura para disposição de sacos plásticos de lixo e destinada à reciclagem;
- XV - grade de proteção de terra ao pé de árvores;

- XVI - protetores de árvores;
 - XVII - quiosques para venda de lanches e produtos em parques;
 - XVIII - lixeiras;
 - XIX - relógio (tempo, temperatura e poluição);
 - XX - estrutura de suporte para terminal de Rede Pública de Informação e Comunicação;
 - XXI - suportes para afixação gratuita de pôster para eventos culturais;
 - XXII - painéis de mensagens variáveis para uso exclusivo de informações de trânsito;
 - XXIII - colunas multiuso;
 - XXIV - estações de transferência;
 - XXV - abrigos para pontos de táxi.
- § 1º. Abrigos de parada de transporte público de passageiros são instalações de proteção contra as intempéries, destinados aos usuários do sistema de transporte público, instalados nos pontos de parada e terminais, devendo, em sua concepção, ter definidos os locais para veiculação de publicidade e os painéis informativos referentes ao sistema de transporte e sua integração com o metropolitano.
- § 2º. Totem indicativo de parada de ônibus é o elemento de comunicação visual destinado à identificação da parada de ônibus, quando houver impedimento para instalação de abrigos.
- § 3º. Sanitários "standard" e com acesso universal são instalações higiênicas destinadas ao uso comum, sendo implantados em praças e nos terminais de transporte de uso coletivo, e os chamados sanitários públicos móveis instalados em feiras livres e eventos.
- § 4º. Painel publicitário informativo é o painel luminoso para informação a transeuntes, consistindo num sistema de sinalização global para a cidade, que identificará mapas de áreas, marcação dos pontos de interesse turístico, histórico e de mensagens de caráter educativo.
- § 5º. Painel eletrônico para texto informativo consiste em painéis luminosos ou totens orientadores do público em geral, em relação aos imóveis, paisagens e bens de valor histórico, cultural, de memória popular, artístico, localizados no entorno e ainda com a mesma função relativamente a casas de espetáculos, teatros e auditórios.
- § 6º. Placas e unidades identificadoras de vias e logradouros públicos são aquelas que identificam as vias e logradouros públicos, instaladas nas respectivas confluências.
- § 7º. Totens de identificação de espaços e edifícios públicos são elementos de comunicação visual destinados à identificação dos espaços e edifícios públicos.
- § 8º. Cabine de segurança é o equipamento destinado a abrigar policiais durante 24 horas por dia, com acesso externo tipo balcão para atendimento dos transeuntes, com capacidade para prestação de primeiros socorros, contendo pequeno sanitário, além de espaço para detenção provisória de, pelo menos, 1 (uma) pessoa.
- § 9º. Quiosques são equipamentos destinados à comercialização e prestação de serviços diversos, implantados em praças e logradouros públicos, em locais e quantidades a serem estipuladas pelo Poder Público Municipal, sem prejuízo do comércio local regularmente estabelecido e do trânsito de pedestres.
- § 10. As bancas para a comercialização de jornais e revistas, instaladas em espaços públicos, obedecerão a um cronograma de instalação, decorrente da aprovação do desenho do mobiliário em relação ao desenho urbano e da aprovação de sua instalação naquele espaço específico.
- § 11. Bicicletário é o equipamento destinado a abrigar bicicletas do público em geral, adaptável a estações de metrô, ônibus e trens, escolas e instituições.
- § 12. Grade de proteção de terra ao pé de árvores é aquela elaborada em forma de gradil, destinada à proteção das bases de árvores em calçadas, podendo servir de piso no mesmo nível do pavimento das referidas calçadas.

Clarice Carvalho
RF. 10.869

Seção I Do Licenciamento e do Cadastro de Anúncios - CADAN

Art. 24. Os anúncios indicativos somente poderão ser instalados após a devida emissão da licença que implicará seu registro imediato no Cadastro de Anúncios - CADAN.

Art. 25. O licenciamento do anúncio indicativo será promovido por meio eletrônico, conforme regulamentação específica, não sendo necessária a sua renovação, desde que não haja alteração em suas características.

Parágrafo único. Qualquer alteração na característica, dimensão ou estrutura de sustentação do anúncio implica a exigência de imediata solicitação de nova licença.

Art. 26. A colocação de anúncio de finalidade cultural ficará sujeita à autorização da Secretaria Municipal de Cultura - SMC, dispensando-se seu licenciamento.

Art. 27. Ficam dispensados de licenciamento os anúncios instalados em mobiliários e equipamentos urbanos, inclusive quanto ao seu cadastramento no órgão competente estabelecido no respectivo contrato.

Art. 28. O despacho de indeferimento de pedido da licença de anúncio indicativo será devidamente fundamentado.

Parágrafo único. O indeferimento do pedido não dá ao requerente o direito à devolução de eventuais taxas ou emolumentos pagos.

Art. 29. O prazo para pedido de reconsideração de despacho ou de recurso é de 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da data da publicação do despacho no Diário Oficial da Cidade.

Parágrafo único. Os pedidos de reconsideração de despacho ou de recurso não terão efeito suspensivo.

Seção II Do cancelamento da licença do anúncio

Art. 30. A licença do anúncio será automaticamente extinta nos seguintes casos:

I - por solicitação do interessado, mediante requerimento padronizado;

II - se forem alteradas as características do anúncio;

III - quando ocorrer mudança de local de instalação de anúncio;

IV - se forem modificadas as características do imóvel;

V - quando ocorrer alteração no Cadastro de Contribuintes Mobiliários - CCM;

VI - por infringência a qualquer das disposições desta lei ou de seu decreto regulamentar, caso não sejam sanadas as irregularidades dentro dos prazos previstos;

VII - pelo não-atendimento a eventuais exigências dos órgãos competentes;

VIII - pela ocorrência da hipótese prevista no parágrafo único no art. 25 desta lei.

Art. 31. Os responsáveis pelo anúncio, nos termos do art. 32 desta lei, deverão manter o número da licença de anúncio indicativo ou CADAN de forma visível e legível do logradouro público, sob pena de aplicação das sanções estabelecidas nos arts. 40 e seguintes.

Parágrafo único. Os responsáveis pelo anúncio deverão manter, no imóvel onde está instalado, à disposição da fiscalização, toda a documentação comprobatória da regularidade junto ao Cadastro de Anúncio - CADAN, da inscrição no Cadastro de Contribuintes Mobiliários - CCM e dos pagamentos da Taxa de Fiscalização de Anúncio - T.F.A.

Seção III Dos responsáveis pelo anúncio

Art. 32. Para efeitos desta lei, são solidariamente responsáveis pelo anúncio o proprietário e o possuidor do imóvel onde o anúncio estiver instalado.

§ 13. Protetores de árvore são aqueles elaborados em forma de gradil protetor da muda ou arbusto, instalados em vias, logradouros ou outros espaços públicos, tais como praças, jardins e parques, de acordo com projetos paisagísticos elaborados pelo Poder Público Municipal ou pelo concessionário, em material de qualidade não agressivo ao meio ambiente.

§ 14. As lixeiras, destinadas ao descarte de material inservível de pouco volume, serão instaladas nas calçadas, em pontos e intervalos estratégicos, sem prejuízo do tráfego de pedestres ou de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.

§ 15. Relógios/termômetros são equipamentos com iluminação interna, destinados à orientação do público em geral quanto ao horário, temperatura e poluição do local, podendo ser instalados nas vias públicas, nos canteiros centrais e nas ilhas de travessia de avenidas.

§ 16. Estrutura de suporte para terminal da Rede Pública de Informação e Comunicação são estruturas destinadas a conter equipamentos de informática, compondo terminais integrados ao "hardware" da Rede Pública Interativa de Informação e Comunicação, a serem instalados em locais públicos abrigados, de intenso trânsito de pedestres.

§ 17. Suportes para afixação gratuita de pôsteres são elementos estruturados para receber a aplicação de pequenos pôsteres do tipo "lambê-lambe", que promovem eventos culturais, sem espaço para publicidade.

§ 18. Painéis de mensagens variáveis para uso exclusivo de informações de trânsito são equipamentos eletrônicos destinados a veicular mensagens de caráter exclusivamente informativo e de utilidade no que se refere ao sistema viário e de trânsito da cidade.

§ 19. Colunas multiuso são aquelas destinadas à fixação de publicidade, cujo desenho deve ser compatível com o seu entorno, podendo abrigar funções para suporte de equipamentos de serviços, tais como quiosques de informação e venda de ingressos.

§ 20. Estações de transferência são locais protegidos para passageiros de ônibus em operações de transbordo.

§ 21. Abrigos para pontos de táxi são instalações de proteção contra as intempéries, destinadas à proteção dos usuários do sistema regular de táxis, devendo, em sua concepção, definir os locais para veiculação de publicidade e painéis informativos referentes ao sistema de transporte e sua integração com o metropolitano.

Art. 23. Os elementos do mobiliário urbano não poderão:

I - ocupar ou estar projetado sobre o leito carroçável das vias;

II - obstruir a circulação de pedestres ou configurar perigo ou impedimento à locomoção de pessoas com deficiência e mobilidade reduzida;

III - obstruir o acesso a faixas de travessias de pedestres, escadas rolantes ou entradas e saídas de público, sobretudo as de emergência ou para pessoas com deficiência e mobilidade reduzida;

IV - estar localizado em ilhas de travessia, exceto pontos de ônibus e relógios/termômetros digitais;

V - estar localizado em esquinas, viadutos, pontes e belvederes, salvo os equipamentos de informação básica ao pedestre ou de denominação de logradouro público.

Parágrafo único. A instalação do mobiliário urbano nos passeios públicos deverá necessariamente observar uma faixa de circulação de, no mínimo, metade de sua largura, nunca inferior a 1,50m (um metro e cinquenta centímetros); nos calçadas, a faixa de circulação terá 4,50m (quatro metros e cinquenta centímetros) de largura.

CAPÍTULO IV DO PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO

III - autorizar e fixar condições para a instalação dos anúncios indicativos nos bens de valor cultural, conjuntamente com a Secretaria Municipal de Planejamento - SEMPLA, conforme o art. 125 da Lei nº 13.885, de 25 de agosto de 2004.

Art. 38. Compete à Empresa Municipal de Urbanização - EMURB, quanto aos elementos da paisagem urbana:

- I - propor normas e programas específicos para os distintos setores da cidade;
- II - disciplinar os elementos presentes nas áreas públicas, considerando as normas de ocupação das áreas privadas e a volumetria das edificações;
- III - a criação de novos padrões, mais restritivos, de comunicação institucional, informativa ou indicativa;
- IV - elaborar parâmetros de dimensões, posicionamento, quantidade e interferência mais adequados à sinalização de trânsito, aos elementos construídos e à vegetação, considerando a capacidade de suporte da região;
- V - propor normas e diretrizes para implantação dos elementos componentes da paisagem urbana para a veiculação da publicidade;
- VI - propor mecanismos eficazes de fiscalização sobre as diversas intervenções na paisagem urbana.

CAPÍTULO V DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Art. 39. Para os fins desta lei, consideram-se infrações:

- I - exibir anúncio:
 - a) sem a necessária licença de anúncio indicativo ou a autorização do anúncio especial, quando for o caso;
 - b) com dimensões diferentes das aprovadas;
 - c) fora do prazo constante da licença de anúncio indicativo ou da autorização do anúncio especial;
 - d) sem constar de forma legível e visível do logradouro público, o número da licença de anúncio indicativo ou CADAN;
- II - manter o anúncio em mau estado de conservação;
- III - não atender a intimação do órgão competente para a regularização ou a remoção do anúncio;
- IV - veicular qualquer tipo de anúncio em desacordo com o disposto nesta lei e nas demais leis municipais, estaduais e federais pertinentes;
- V - praticar qualquer outra violação às normas previstas nesta lei ou em seu decreto regulamentar.

Parágrafo único. Para todos os efeitos desta lei, respondem solidariamente pela infração praticada os responsáveis pelo anúncio nos termos do art. 32.

- Art. 40. A inobservância das disposições desta lei sujeitará os infratores, nos termos de seu art. 32, às seguintes penalidades:
 - I - multa;
 - II - cancelamento imediato da licença do anúncio indicativo ou da autorização do anúncio especial;
 - III - remoção do anúncio.

Art. 41. Na aplicação da primeira multa, sem prejuízo das demais penalidades cabíveis, os responsáveis serão intimados a regularizar o anúncio ou a removê-lo, quando for o caso, observados os seguintes prazos:

- I - 5 (cinco) dias, no caso de anúncio indicativo ou especial;
- II - 24 (vinte e quatro) horas, no caso de anúncio que apresente risco iminente.

Art. 42. Na hipótese do infrator não proceder à regularização ou remoção do anúncio instalado irregularmente, a Municipalidade adotará as medidas para sua retirada, ainda

§ 1º. A empresa instaladora é também solidariamente responsável pelos aspectos técnicos e de segurança de instalação do anúncio, bem como de sua remoção.

§ 2º. Quanto à segurança e aos aspectos técnicos referentes à parte estrutural e elétrica, também são solidariamente responsáveis os respectivos profissionais.

§ 3º. Quanto à segurança e aos aspectos técnicos referentes à manutenção, também é solidariamente responsável a empresa de manutenção.

§ 4º. Os responsáveis pelo anúncio responderão administrativa, civil e criminalmente pela veracidade das informações prestadas.

Seção IV Das Instâncias Administrativas e Competências

Art. 33. Para a apreciação e decisão da matéria tratada nesta lei, serão observadas as seguintes instâncias administrativas, no âmbito da competência das Subprefeituras:

- I - Supervisor de Uso e Ocupação do Solo;
- II - Chefe de Gabinete;
- III - Subprefeito;
- IV - Prefeito.

Art. 34. Compete à Secretaria Municipal de Coordenação das Subprefeituras - SMSF:

- I - supervisionar e articular a atuação das Subprefeituras em matéria de paisagem urbana;

II - expedir atos normativos e definir procedimentos administrativos para fiel execução desta lei e de seu regulamento;

III - gerenciar o cadastro único dos anúncios da cidade - CADAN, bem como a veiculação eletrônica no "site" da Prefeitura para o conhecimento e acompanhamento de todos os cidadãos.

Art. 35. Compete à Comissão de Proteção à Paisagem Urbana - CPPU:

- I - apreciar e emitir parecer sobre casos de aplicação da legislação de anúncios, mobiliário urbano e inserção de elementos na paisagem urbana;
- II - dirimir dúvidas na interpretação de dispositivos desta lei ou em face de casos omissos;

III - elaborar e apreciar projetos de normas modificativas ou inovadoras da legislação vigente, referentes a anúncios, mobiliário urbano e paisagem urbana, com as justificativas necessárias visando sua constante atualização, diante de novas exigências técnicas e peculiares locais;

IV - propor à Comissão Municipal de Política Urbana diretrizes relativas à política municipal de proteção e promoção da boa qualidade da paisagem urbana;

V - propor e expedir atos normativos administrativos sobre a ordenação dos anúncios, paisagem e meio ambiente;

VI - expedir atos normativos para fiel execução desta lei e de seu regulamento, apreciando e decidindo a matéria pertinente.

Art. 36. Compete às Subprefeituras:

- I - licenciar e cadastrar os anúncios indicativos, inclusive os que já foram protocolados anteriormente à data da publicação desta lei;
- II - fiscalizar o cumprimento desta lei e punir os infratores e responsáveis, aplicando as penalidades cabíveis.

Art. 37. Compete à Secretaria Municipal de Cultura - SMC:

- I - expedir atos normativos quanto à classificação dos anúncios de finalidade cultural e quanto às características e parâmetros para anúncios em bens de valor cultural, conforme definido no inciso VI do art. 6º desta lei;
- II - emitir parecer, no âmbito de suas atribuições, quanto ao enquadramento das situações não previstas ou passíveis de dúvidas;

Clarice Carvalho
RF. 10.869

que esteja instalado em imóvel privado, cobrando os respectivos custos de seus responsáveis, independentemente da aplicação das multas e demais sanções cabíveis. Parágrafo Único. O Poder Público Municipal poderá ainda interditar e providenciar a remoção imediata do anúncio, ainda que esteja instalado em imóvel privado, em caso de risco iminente de segurança ou da reincidência na prática de infração, cobrando os custos de seus responsáveis, não respondendo por quaisquer danos causados ao anúncio quando de sua remoção.

Art. 43. As multas serão aplicadas da seguinte forma:

- I - primeira multa no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) por anúncio irregular;
- II - acréscimo de R\$ 1.000,00 (mil reais) para cada metro quadrado que exceder os 4,00m² (quatro metros quadrados);
- III - persistindo a infração após a aplicação da primeira multa e a intimação referidas no art. 41 e nos incisos I e II deste artigo, sem que sejam respeitados os prazos ora estabelecidos, será aplicada multa correspondente ao dobro da primeira, reaplicada a cada 15 (quinze) dias a partir da lavratura da anterior, até a efetiva regularização ou a remoção do anúncio, sem prejuízo do ressarcimento, pelos responsáveis, dos custos relativos à retirada do anúncio irregular pela Prefeitura.

§ 1º. No caso do anúncio apresentar risco iminente, a segunda multa, bem como as reaplicações subsequentes, ocorrerão a cada 24 (vinte e quatro) horas a partir da lavratura da multa anterior até a efetiva remoção do anúncio.

§ 2º. Nos casos previstos nos arts. 9º e 10 desta lei, em que não é permitida a veiculação de anúncios publicitários por meio de "banners", "lamba-lambe", faixas, pinturas e outros elementos que promovam profissionais, serviços ou qualquer outra atividade nas vias e equipamentos públicos, as sanções estipuladas neste artigo serão também aplicadas aos respectivos responsáveis, que passarão a integrar cadastro municipal próprio, que será veiculado pela Internet no "site" da Prefeitura, na condição de "cidadão não responsável pela cidade".

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 44. Todos os anúncios publicitários, inclusive suas estruturas de sustentação, instalados, ou em licença expedida a qualquer tempo, dentro dos lotes urbanos de propriedade pública ou privada, deverão ser retirados pelos seus responsáveis até 31 de dezembro de 2006.

Parágrafo Único. Em caso de descumprimento do disposto no "caput" deste artigo, serão impostas as penalidades previstas nos arts. 40 a 43 desta lei:

- I - à empresa registrada no Cadastro de Empresas de Publicidade Exterior - CADEPEX que tenha requerido a licença do anúncio;
- II - ao proprietário ou possuidor do imóvel onde o anúncio estiver instalado;
- III - ao anunciante;
- IV - à empresa instaladora;
- V - aos profissionais responsáveis técnicos;
- VI - à empresa de manutenção.

Art. 45. Todos os anúncios especiais autorizados e indicativos já licenciados deverão se adequar ao disposto nesta lei até 31 de dezembro de 2006.

§ 1º. O prazo previsto no "caput" deste artigo poderá ser prorrogado por mais 90 (noventa) dias, caso os responsáveis pelo anúncio justifiquem a impossibilidade de seu atendimento, mediante requerimento ao órgão competente do Executivo.

§ 2º. Em caso de não-atendimento aos prazos previstos neste artigo, serão impostas as penalidades previstas nos arts. 40 a 43 desta lei.

Art. 46. A critério do Executivo, o Cadastro de Empresas de Publicidade Exterior - CADEPEX poderá ser extinto.

Art. 47. Novas tecnologias e meios de veiculação de anúncios, bem como projetos diferenciados não previstos nesta lei, serão enquadrados e terão seus parâmetros estabelecidos pela Comissão de Proteção da Paisagem Urbana - CPPU.

Art. 48. O Poder Executivo promoverá as medidas necessárias para viabilizar a aplicação das normas previstas nesta lei, em sistema computadorizado, estabelecendo, mediante portaria, a padronização de requerimentos e demais documentos necessários ao seu cumprimento.

Art. 49. Os pedidos de licença de anúncios indicativos e de autorização de anúncios especiais pendentes de apreciação na data da entrada em vigor desta lei deverão adequar-se às exigências e condições por ela instituídas.

Art. 50. O Poder Executivo poderá celebrar termo de cooperação com a iniciativa privada visando à execução e manutenção de melhorias urbanas, ambientais e paisagísticas, bem como à conservação de áreas municipais, atendido o interesse público.

§ 1º. O Poder Executivo estabelecerá critérios para determinar a proporção entre o valor financeiro dos serviços e obras contratadas e as dimensões da placa indicativa do termo de cooperação, bem como a forma de inserção dessas placas na paisagem.

§ 2º. Os termos de cooperação terão prazo de validade de, no máximo, 3 (três) anos e deverão ser publicados na íntegra no Diário Oficial da Cidade, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data de sua assinatura, observadas as normas constantes desta lei e as disposições estabelecidas em decreto.

Art. 51. A Secretaria Municipal de Coordenação das Subprefeituras e as Subprefeituras poderão celebrar contratos com empresas privadas, visando à prestação de serviços de apoio operacional para a fiscalização, bem como de remoção de anúncios.

Art. 52. A Secretaria Municipal de Coordenação das Subprefeituras publicará, no Diário Oficial da Cidade, no prazo de 30 (trinta) dias a partir da publicação desta lei, todas as licenças dos anúncios indicativos, com a respectiva data de emissão, número do Cadastro de Anúncios - CADAN, nome da empresa responsável e data de validade de cada anúncio.

Parágrafo Único. Caberá à Secretaria Municipal de Coordenação das Subprefeituras a veiculação, pela Internet, das publicações relativas às licenças emitidas por cada Subprefeitura.

Art. 53. A Secretaria Municipal de Habitação - SEHAB publicará, no Diário Oficial da Cidade, no prazo de 30 (trinta) dias a partir da publicação desta lei, todas as licenças dos anúncios publicitários, com a respectiva data de emissão, número do Cadastro de Anúncios - CADAN, nome da empresa responsável e data de validade de cada anúncio.

Art. 54. O Poder Executivo regulamentará a presente lei no prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data de sua publicação.

Art. 55. As despesas com a execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 56. Ficam revogadas as Leis nº 10.571, de 8 de julho de 1988, nº 11.613, de 13 de julho de 1994, nº 12.849, de 20 de maio de 1999, nº 13.517, de 29 de janeiro de 2003, nº 13.525, de 28 de fevereiro de 2003, alterada pela Lei nº 13.687, de 19 de dezembro de 2003, e as Leis nº 14.017, de 28 de junho de 2005, e nº 14.066, de 17 de outubro de 2005.

Art. 57. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, aplicando-se também a todos os pedidos de licenciamento de anúncios pendentes de apreciação.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 26 de setembro de 2006, 453º da fundação de São Paulo.

GILBERTO KASSAB, PREFEITO

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 26 de setembro de 2006.

ALOYSIO NUNES FERREIRA FILHO, Secretário do Governo Municipal

Câmara Municipal de São Paulo

Base de dados : legis
Pesquisa : 14472
Total de referências : 1

Folha 58
Proc. Nº 273/08
Clarice Carvalho
RF. 10.869

1/1

Título: LEI Nº 14.472 10/07/2007 ([ver documento](#))
Sem revogação expressa
Ementa: Consolida a Legislação Municipal sobre honrarias, símbolos e matéria correlata, e dá outras providências.
Projeto: Projeto de Lei Nº 106/2007 ([ver documento](#))
Autor(es): Todos os Vereadores

[\[Back \]](#)

LEI Nº 14.472, DE 10 DE JULHO DE 2007
(Projeto de Lei nº 106/07, de todos os Vereadores)

Consolida a Legislação Municipal sobre honrarias, símbolos e matéria correlata, e dá outras providências.
GILBERTO KASSAB, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 14 de junho de 2007, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

CAPÍTULO I INTRODUÇÃO

Art. 1º Esta lei consolida a legislação municipal sobre honrarias, símbolos municipais e matéria correlata.

CAPÍTULO II DAS HONRARIAS CONCEDIDAS PELO PODER EXECUTIVO

Art. 2º A "Medalha de Bravura", conferida inicialmente aos que se destacaram na operação-salvamento no incêndio do edifício "Andraus", será conferida pelo Poder Executivo a pessoas ou entidades que, respectivamente, por si mesmas ou por seus membros, pratiquem, com espírito de sacrifício, atos de reconhecido arrojo em favor da coletividade.

§ 1º A medalha de que trata o "caput" deste artigo, será de prata, terá 0,05 m (cinco centímetros) de diâmetro, ostentará no seu averso o brasão do Município e o dístico "Da Cidade de São Paulo a seus heróis - Medalha de Bravura", e seu verso será conservado em branco, pela cunhagem, a fim de que nele se inscrevam, por meio de gravação, nas oportunidades próprias, a data, o nome do homenageado e a identificação das razões do preto.

§ 2º A insígnia far-se-á acompanhar de um diploma.

Art. 3º A "Medalha Estandarte do Samba", será honraria entregue anualmente pelo Poder Executivo à Escola de Samba do Grupo Especial, vencedora do desfile organizado pela Anhembi - Turismo e Eventos da Cidade de São Paulo S/A.

Parágrafo único. Constarão da medalha a que se refere o "caput" deste artigo, os seguintes dizeres:

- I - no averso: o brasão do Município de São Paulo;
- II - no verso: o nome da escola de samba campeã do concurso e o ano do evento.

CAPÍTULO III DOS SÍMBOLOS DO MUNICÍPIO

Art. 4º São símbolos do Município de São Paulo:

- I - o Brasão de Armas;
 - II - a Bandeira do Município;
 - III - o Hino do Município.
- Art. 5º O Brasão de Armas do Município de São Paulo, tem a seguinte descrição: "Escudo português, de goles, com um braço destro armado, movente do flanco sinistro, empunhando um pendão de quatro pontas farpadas, carregado de uma cruz de goles, aberta, da Ordem de Cristo, içada em haste lanceada em acha d'armas, tudo de prata. O Escudo é encimado de coroa mural de ouro, de oito torres, suas portas abertas de goles, tendo como suportes dois ramos de caféiro, folhados e frutados ao natural. Listel de goles, com a divisa "NON DUCOR DUCO", em letras de prata (Anexo 1)".

§ 1º Para a reprodução monocromática do Brasão de Armas, é obrigatória a representação de seus metais e cores de acordo com a convenção heráldica internacionalmente aceita (Anexo 2).

§ 2º O Brasão de que trata este artigo tem a seguinte interpretação:

I - o escudo português, como são os das cidades de Portugal, é adotado para lembrar a raça colonizadora e principal formadora;

II - a cor goles (vermelho) simboliza vitórias, ardis, guerras, de que tão a transbordar está a nossa história;

III - o braço armado é heráldica figuração da ação proveitosa, forte, contínua, estando vestido à maneira do século XVI, a indicar a época das descobertas;

IV - o pendão farpado de quatro pontas é comemoração principal da história gloriosa do bandeirismo, levando a eficácia de sua ação audaz aos quatro pontos cardeais;

V - a cruz da Ordem de Cristo, de goles vazia de prata, é a cruz dos navegantes portugueses, cruz descobridora de mundos, que, arribando espalmada no velame das galeras, a tudo presidiu depois, na Terra de Santa Cruz: ou clareando a rota dos devassadores das selvas, ou guiando, na obra de catequeses, os Padres de Jesus;

VI - a haste lanceada em acha d'armas é alusão à machada aventureira de João Amaro, Antonio Raposo, Bartholomeu Bueno, Domingos Jorge, Fernão Dias a rasgar, no sertão inóspito, a trilha que a bandeira solicita seguir;

VII - o metal prata é simbólico da lealdade, nobreza, glória; lealdade da gente paulista no domínio lusitano, no Império, na República; nobreza do bandeirante impávido, glória de estar, afinal, firmado a São Paulo, na Federação Brasileira, o mais alto, lisoteiro posto;

VIII - a coroa mural é o símbolo da emancipação política, e de ouro, com oito torres, das quais apenas cinco estão aparentes, constitui a reservada às Capitais. As portas abertas proclamam o caráter hospitaleiro da gente paulistana;

IX - os ramos de caféiro, uma das fontes de riqueza do Brasil, em cujas armas também figura;

X - a divisa "NON DUCOR DUCO", latina, recorda a origem da nossa raça, breve, traduz com a minosa energia o que é a nossa história, estímulo e exemplo para os demais irmãos.

Art. 6º A Bandeira do Município de São Paulo assim se descreve: retangular, de branco, com uma cruz vermelha, firmada, aberta e de braços alargados, da Ordem de Cristo, tendo, brocante sobre o cruzamento de seus braços, um círculo de branco, debruado de vermelho, carregado do Brasão de Armas do Município (Anexo 3).

§ 1º Tem a Bandeira 14m (quatorze módulos) de altura por 20m (vinte módulos) de largura; os braços da cruz têm 3m (três módulos) de largura, 8m (oito módulos) na parte mais larga, principiando o alargamento a 1,5m (um módulo e meio) de distância das extremidades; a abertura tem 1m (um módulo) de largura e a linha mediana do braço vertical se situa a 7m (sete módulos) de distância da tralha; o círculo tem 8,5m (oito módulos e meio) de diâmetro, o debrum tem 0,3m (três décimos de módulo) de largura e o Brasão de Armas, ao centro do círculo, 6m (seis módulos) de altura (Anexo 4).

§ 2º A Bandeira de que trata este artigo tem a seguinte interpretação: o branco simboliza a paz, a pureza, a temperança, a verdade, a franqueza, a integridade, a amizade e a síntese das raças que, amalgamadas, dão pujança à cidade de São Paulo, e a cor vermelha é indicativa de audácia, coragem, valor, galhardia, intrepidez.

nobreza conspícua, generosidade e honra, cores apropriadas para representar os atributos da gente paulistana. A cruz evoca a fundação da Cidade à sombra do Colégio dos Padres Jesuítas e, por ser a da Ordem de Cristo, alude aos primórdios da colonização do Brasil, época em que surgiu São Paulo. É o círculo emblema da eternidade, afirmando ânimo de que se investem os municípios de defender a perene posição de São Paulo como Capital e Cidade Líder de seu Estado.

60
273 1 08
Clarice Carvalho
RF. 10.869

I - editar folhetos educativos para distribuição nas escolas públicas e particulares sediadas no Município, bem como a outras entidades que desejarem colaborar com a Campanha;
II - julgar os trabalhos de que tratam os incisos I e II do § 2º deste artigo;
III - selecionar os livros de que trata o inciso I do § 2º deste artigo, bem como determinar os dizeres que constarão dos pergaminhos instituídos no inciso III do referido parágrafo.

CAPÍTULO V

DOS HINOS OFICIAIS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Art. 11. O "Hino à Negritude", de autoria do Prof. Eduardo de Oliveira, deverá ser entoado em todas as solenidades que envolvam a raça negra (Anexos 5 e 6).
Art. 12. O "Hino da Moóca", de autoria do compositor José das Neves Eustachio (letra e música) e Profa Yara do Rosário Botelho Puigvert Mas (música), composto em homenagem a esse tradicional bairro da cidade de São Paulo, será executado, especialmente, nas cerimônias e nos eventos cívicos, militares ou eclesiásticos, referentes ao bairro da Moóca.
Art. 13. O "Hino da Zona Leste", composto por José das Neves Eustachio e Artur Botelho, abrihantará as festividades, cerimônias, grandes eventos militares, cívicos, eclesiásticos e correlatos da região.
§ 1º O "Hino da Zona Leste" será executado no início e encerramento das festividades, cerimônias e grandes eventos cívicos, militares, eclesiásticos e correlatos da região.
§ 2º Fazem parte integrante desta lei os Anexos 7 e 8 com a partitura musical e a respectiva letra do "Hino da Zona Leste".
Art. 14. O "Hino de Interlagos", de autoria do compositor Adolphino Rosário Cruz, abrihantará as festividades do "Grande Prêmio Brasil de Fórmula 1", quando realizado no Autódromo de Interlagos.
§ 1º O "Hino de Interlagos" será executado por uma Banda de Música, no início e no encerramento das festividades do "Grande Prêmio Brasil de Fórmula 1", no Autódromo de Interlagos.
§ 2º Faz parte integrante desta lei o Anexo 9 com a letra do "Hino de Interlagos".

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 15. O Hino à Cidade de São Paulo será escolhido por concurso a ser promovido nos termos deste artigo.
§ 1º Poderão concorrer no concurso a que se refere o "caput" deste artigo quaisquer interessados independentemente da nacionalidade e profissão.
§ 2º As composições do Hino poderão ser individuais ou coletivas, desde que enalteilam as qualidades, virtudes, características e/ou história de nosso Município.
§ 3º As datas para o início e término das inscrições ao presente concurso serão determinadas pela Comissão Organizadora e Julgadora.
§ 4º A Comissão Organizadora e Julgadora, que avaliará os trabalhos apresentados, será composta, necessariamente, por 5 (cinco) membros, sendo 1 (um) representante da Ordem dos Músicos do Brasil, Seção São Paulo; 1 (um) representante da Secretaria Municipal de Cultura; 1 (um) representante da Academia Paulista de Letras; pelo Maestro titular da Orquestra Sinfônica Municipal e por 1 (um) representante da Edilidade Paulista.
§ 5º Os membros da Comissão Organizadora e Julgadora, de que trata o parágrafo anterior, serão escolhidos pela direção das instituições ou dos órgãos públicos ali arrolados.

§ 3º A Bandeira do Município de São Paulo, em tecido, será executada em um dos seguintes tipos: tipo 1, com um pano de 45 (quarenta e cinco) centímetros de largura; tipo 2, dois panos de largura; tipo 3, três panos de largura; tipo 4, quatro panos de largura; tipo 5, cinco panos de largura; tipo 6, seis panos de largura; tipo 7, sete panos de largura.

§ 4º Os tipos enumerados no parágrafo anterior são os normais, podendo entretanto, ser fabricados tipos extraordinários de dimensões maiores, menores ou intermediárias, conforme as condições de uso, mantidas, entretanto, as devidas proporções.

Art. 7º A azuleia - Rhododendron Indicum - fica consagrada, como flor-símbolo da Cidade de São Paulo.

Art. 8º A Avenida Paulista, fica oficializada como imagem da Cidade de São Paulo. Parágrafo único. Nos impressos de todos os Poderes Municipais, além do brasão oficial, poderá constar, opcionalmente, o logotipo relativo à Avenida Paulista.

CAPÍTULO IV

DO CULTO AOS SÍMBOLOS NOS ESTABELECIMENTOS DE ENSINO DO MUNICÍPIO

Art. 9º Cada estabelecimento de ensino municipal promoverá, semanalmente, o hasteamento e arriamento do Pavilhão Nacional e o canto do Hino Nacional por todos os alunos, professores e funcionários da escola, diante da Bandeira.

§ 1º Antes de cumprir o determinado no "caput" deste artigo, deverá o diretor da escola divulgar a todos os presentes os autores da letra e da música do Hino Nacional Brasileiro.

§ 2º As escolas municipais deverão possuir livro próprio, onde se assentarem os registros do dia e da hora em que foi cumprido o determinado no "caput" deste artigo.
Art. 10. A "Campanha Cívico-Educativa da Bandeira Brasileira", será realizada anualmente, obrigatoriamente, pela Prefeitura Municipal, durante o período entre 05 e 19 de novembro.

§ 1º A campanha de que trata o "caput" deste artigo, feita por meio de palestras, cartazes e exibições cinematográficas, pela televisão e pelo rádio, será dirigida e orientada por uma Comissão de técnicos e conhecedores do problema, nomeados pelo Prefeito, que designará seu presidente.

§ 2º A título de estímulo, ficam instituídos os seguintes prêmios, a serem distribuídos durante a "Campanha Cívico-Educativa da Bandeira Brasileira":

I - 10 (dez) pequenas bibliotecas, de caráter eclético, destinadas aos melhores trabalhos de alunos das 1ªs (primeiras) às 4ªs (quartas) séries do Ensino Fundamental de escola pública ou particular do Município de São Paulo, sobre o que tiverem aprendido durante a Campanha, sendo 5 (cinco) para os melhores trabalhos de linguagem e 5 (cinco) para os melhores desenhos de cada série das escolas referidas;
II - 10 (dez) medalhas de bronze, destinadas aos melhores trabalhos dos alunos de Escolas de Educação Infantil oficiais e particulares, sobre o que tiverem aprendido durante a Campanha;

III - 20 (vinte) pergaminhos a serem entregues a 20 (vinte) professores de escolas públicas ou particulares, cujos alunos tenham sido premiados, na forma dos incisos I e II.

§ 3º As coleções a que se refere o inciso I do parágrafo anterior serão entregues numa pequena estante, de confecção simples.

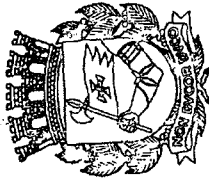
§ 4º O Poder Executivo, na regulamentação desta lei, determinará o valor das coleções a que se refere o inciso I do § 2º deste artigo.

§ 5º Fica a Comissão de que trata o § 1º deste artigo autorizada a receber, em espécie, outros prêmios, bem como material de propaganda, destinados à "Campanha Cívico-Educativa da Bandeira Brasileira".

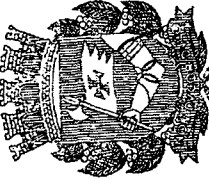
§ 6º A referida Comissão caberá:

Anexos Integrantes da Lei nº 14.472, de 10 de julho de 2007

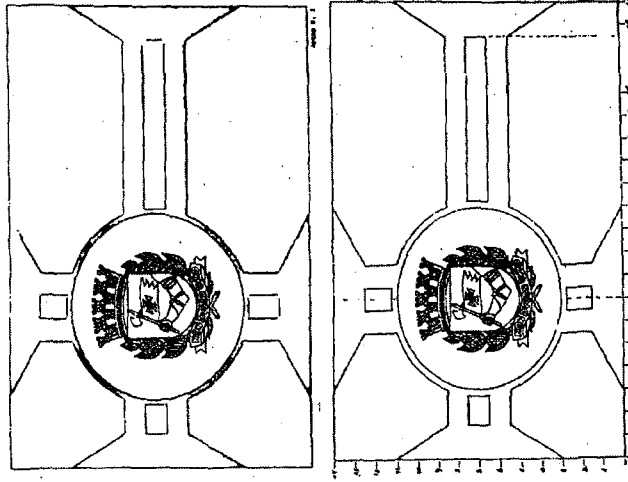
ANEXO 1



ANEXO 2



ANEXOS 3 E 4



§ 6º A Comissão Organizadora e Julgadora fará constituir grupo de trabalho para a organização e regulamento do concurso que terá ampla divulgação pela imprensa.

§ 7º O autor ou autores da composição vitoriosa poderão receber: da Câmara Municipal de São Paulo, uma honraria, a ser criada oportunamente através do instrumento legal apropriado; prêmio em espécie do Poder Público e/ou empresas privadas que em parceria queiram participar da organização do evento, tendo, em contrapartida, privilégio em parte da divulgação publicitária de sua promoção.

Art. 16. O Poder Executivo regulamentará a presente lei, no que couber, no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data de sua publicação.

Art. 17. As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 18. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas por consolidação as seguintes leis: Lei nº 13.331, de 12 de março de 2002, exceto o art. 12, 14 e 15; Lei nº 12.645, de 06 de maio de 1998; Lei nº 12.133, de 05 de julho de 1996; Lei nº 12.130, de 05 de julho de 1996; Lei nº 11.839, de 28 de junho de 1995; Lei nº 11.803, de 19 de junho de 1995; Lei nº 11.682, de 14 de novembro de 1994; Lei nº 11.528, de 06 de maio de 1994; Lei nº 11.474, de 12 de janeiro de 1994; Lei nº 11.443, de 12 de novembro de 1993; Lei nº 10.578, de 08 de julho de 1988; Lei nº 6.722, de 04 de outubro de 1965; Lei nº 6.571, de 08 de outubro de 1964; Lei nº 6.403, de 03 de outubro de 1963; Lei nº 6.351, de 19 de agosto de 1963; Lei nº 6.304, de 04 de junho de 1963; Lei nº 6.222, de 02 de janeiro de 1963; Lei nº 6.213, de 02 de janeiro de 1963; Lei nº 6.126, de 30 de novembro de 1962; Lei nº 6.115, de 21 de novembro de 1962; Lei nº 6.024, de 08 de junho de 1962; Lei nº 6.016, de 04 de junho de 1962; Lei nº 5.938, de 26 de fevereiro de 1962; Lei nº 5.843, de 13 de outubro de 1961; Lei nº 5.834, de 03 de outubro de 1961; Lei nº 5.812, de 06 de junho de 1961; Lei nº 5.686, de 07 de janeiro de 1960; Lei nº 5.652, de 27 de outubro de 1959; Lei nº 5.616, de 10 de junho de 1959; Lei nº 5.594, de 10 de abril de 1959; Lei nº 5.592, de 25 de março de 1959; Lei nº 5.450, de 27 de dezembro de 1957; Lei nº 5.366, de 04 de outubro de 1957; Lei nº 5.083, de 19 de novembro de 1956; Lei nº 4.955, de 04 de abril de 1956; Lei nº 4.917, de 20 de fevereiro de 1956; Lei nº 4.821, de 21 de novembro de 1955; Lei nº 4.804, de 26 de setembro de 1955; Lei nº 4.768, de 08 de julho de 1955; Lei nº 4.644, de 20 de abril de 1955; Lei nº 4.622, de 02 de março de 1955; Lei nº 4.544, de 31 de agosto de 1954; Lei nº 4.458, de 12 de abril de 1954; Lei nº 4.414, de 26 de outubro de 1953; Lei nº 4.405, de 24 de agosto de 1953; Lei nº 4.327, de 29 de dezembro de 1952; Lei nº 4.292, de 22 de setembro de 1952; Lei nº 4.251, de 01 de julho de 1952; Lei nº 4.188, de 28 de janeiro de 1952; Lei nº 4.170, de 08 de janeiro de 1952; Lei nº 4.044, de 19 de maio de 1951.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 10 de julho de 2007, 454º da fundação de São Paulo.

GILBERTO KASSAB, PREFEITO

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 10 de julho de 2007.

CLOVIS DE BARKOS CARVALHO, Secretário do Governo Municipal

1. HINO À NEGRITUDE
(Cântico à Africanidade Brasileira).

273

PRÉZ E TORMA NO ALTO DA GILFRIA
QUEM, HERÓI, MOS COMANTES SE FEZ
POUS, QUE AS PÁGINAS DA HISTÓRIA,
SÃO GALANOS AOS REINOS DE ALIVIZ.

A HISTÓRIA DO NEGRO NO BRASIL
ESTE POVO, EM PASSADAS INTERRUPÇÕES,
ENTRE OS POÇOS VALENTES DE DADOS.
EM A REGIA DOS LEDES
REPRESENTANDO GUINDES
NOS TIRANDOS SE CONTRAPOS.

II

LEVANTANDO NO TÓPO DOS SÓCULOS,
NOL BATANAS VÉRIS SUSTENTOU,
ESTE POLO INORTAL.

III

PROJE A TORMA NO ALTO DA CLÁFELA
QUEM, HEBET, NOS OPERANTES, SE FEZ
FOLIS, QUE AS PÍGURAS DA RUSTICULA,
SÃO GALANDEJOS AOS NEGRIS DE ALUSTIZ.

III

LOS PALMERES, OS FILLOS HISTÓRICOS
SÃO EXEMPLOS DA ETERNA LIÇÃO
QUE, NO SOLO TUPI,
NOS LERAM ZUMBI.

1875

ERRE A TODA NO ALTO DA CLÁVIA
QUEM, HERÓI, NOS COMEÇTES, SE FIZ
POIS, QUE AS PÁGINAS DA HISTÓRIA,
SÃO CALARÕES AOS NERDOS DE ALIVEZ.

IV

QUE BAIKAVOS QUARDAR ESTES SÍMBOLOS
DE UM PASSADO HERÓICO LUTAR.

TODOS, NUNCA SO VOI,
BRADAM NOSSO AVOS:

QUE BAIKAVOS QUARDAR ESTES SÍMBOLOS
DE UM PASSADO HERÓICO LUTAR.

IV

QUE BAIKAVOS QUARDAR ESTES SÍMBOLOS
DE UM PASSADO HERÓICO LUTAR.

TODOS, NUNCA SO VOI,
BRADAM NOSSO AVOS:

EDUARDO DE OLIVEIRA
(Letra e Música)
Inscrição na Escola Nacional de Música da Universidade do Brasil,
em 1966

**INSTITUTO DE AGRICULTURA BRASILEIRA;
BRASILIA E OIA**

[illegible]

ANEXO 6 (CONT.)

Clarice Carvalho
RF. 10.869

ANEXO 8



ANEXO 7

HINO DA ZONA LESTE

Letra: José dos Neves Eustáquio

Música: Arthur Botelho

Arranjo Musical: Banda Sinfônica do Polícia Militar
de São Paulo Sob a regência de
Major João André Fernandes.

C Zona Leste, Zona Leste
D A Zona Leste é a Zona Leste
K Desperta pra a primavera
D Zona Leste, Zona Leste
B É a primavera a Zona Leste
F Um exemplo de trabalho
S Neste quinto dia.

Nas iglhas famosas
De Petrópolis e Santa Isabel
Hoje vai imersão de águas
Cada qual com seu papel.
E a Zona Leste é a Zona Leste
É São Miguel II bem distante
Desde o Parque Dom Pedro
Seu vilão é ilustre.
(Refrão) Zona Leste, Zona Leste,
Pela Zona Leste, Zona Leste,
Pela Zona Leste, Zona Leste,
Vozes e espíritos
E muita muita amor pra dar.
Zona Leste, Zona Leste,
E um povo com muita fé
Projeto de Cristo em Itaquera
Piqueti no Itaquera.

(Refrão) Zona Leste, Zona Leste,
Atendendo as regiões
Atendendo populações
A Zona Leste é a Zona Leste
Com Bão e Bão dos tráfegos
Avança a Zona Leste
Crescendo e vai prosperando
E a Zona Leste é a Zona Leste
Guerrilha vai avançar.
(Refrão) Zona Leste, Zona Leste,

Colaboração:
Sociedades Amigas da Música - SAM
Apelo:
Imprensa Oficial do Estado

ANEXO 9

Fine da Fórmula-1
Antídromo de Interlagos - São Paulo
Dr. Adolpho Moreira Cruz

I

...São esses pilotos da Fórmula-1 !
Perdidos nos sonhos da pista,
No ideal de glória em ser o finalista,
Nas lágrimas espremeadas !!!!!
Nervosos assim, os ruborizados motores !!!!!

II

As aplausos dos espectadores...
Barras, cada vez mais frenéticas !
O evento "Bigu-Bagu" dos corredores,
Nessa competição internacional !

III

Na Interlagos
A Fórmula-1
É "uma parada" !
É "uma parada" !
Os gritos dos espectadores
Applaudindo
Os competidores !...

IV

Com um regime extraordinário !
Vê-se o apogeu da pista final,
Os integrantes dessa corrida, - Evento Monumental,
Os tais
Espelhos e placas de Interlagos !!!!!
Acelam os gases !!!!!
Com todos os seus esforços...
Nervos, cada vez mais agitados !
No evento "Bigu-Bagu" dos pilotos,
Nessa bela competição !

PROJETO DE EMENDA À LEI ORGÂNICA 04-0001/2008 do Vereador Aurélio Miguel (PR)

"Acrescenta um parágrafo único ao artigo 85 da Lei Orgânica do Município de São Paulo, e dá outras providências.

A Câmara Municipal de São Paulo PROMULGA:

Art. 1º O artigo 85 da Lei Orgânica do Município de São Paulo passa a vigorar acrescido de um parágrafo único com a seguinte redação:

" Art. 85. (...)

Parágrafo único. O brasão do Município de São Paulo, estabelecido na legislação municipal, será o seu símbolo oficial e somente ele poderá figurar como logomarca da Administração na publicidade das atividades a que se refere o 'caput' deste artigo. "

Art. 2º Esta Emenda à Lei Orgânica do Município entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala das Sessões, Às Comissões competentes."

PROJETO DE LEI 01-0362/2008 do Vereador Antonio Carlos Rodrigues (PR)

"Acrescenta incisos XIV e XV ao artigo 7º da Lei nº 14.223, de 26 de setembro de 2006, e dá outras providências."

A CAMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO DECRETA:

Art. 1º. Fica o artigo 7º da Lei nº 14.223, de 26 de setembro de 2006, acrescido dos incisos XIV e XV, com a seguinte redação:

"Art. 7º (...)

(...)

XIV – os nomes, símbolos, logotipos ou logomarcas de igrejas, templos e locais de culto religioso de qualquer crença, nos locais onde esses cultos e suas respectivas liturgias são praticados;

XV – a denominação e o respectivo logotipo e/ou logomarca, quando for o caso, de hospitais, clínicas, casas de saúde e similares, inclusive consultórios médicos e dentários com atendimento de urgência, quando inseridos ao longo da fachada das edificações onde são exercidas essas atividades ligadas à prestação de serviços de saúde".

Art. 2º. As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas, se necessário.

Art. 3º. O Poder Executivo regulamentará a presente lei, no que couber, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados de sua publicação.

Art. 4º. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala das Sessões. Às Comissões competentes."

RECEBIDO
Comissão de Constituição e Justiça
Em 12/05/11 às 16h
RF

HÉLIO HIDEKI TAKAHASHI
Secretário - RF 11.123

Ao Nobre Vereador /A Nobre Vereadora

Para Relatar:
Sala de Conselho de Constituição, Justiça e
Legislação Perito, 1ººº.
Em 16/5/11

Presidente

Obs. O prazo para manifestação é de 8 dias,
nos termos do § 3º do artigo 63 do R.I.

RECEBIDO NA PROCURADORIA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SETOR DO PROCESSO LEGISLATIVO

EM 17/5/11 AS 17h
POR ALS

SAÍDA: 30/05 AS: 15h ACS: Rodrigo

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
Secretaria de Informação e Comunicação
Data: 28/06/11
nº 67a 69
Liliane Jun Ogura
RF: 11095

**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº - 67 -	do
Processo nº 273 / 08	
Liliane Jim Ogura	
Reg. 11.095	

Liliane

fls. 73

16 - PAR
16- 00636/2011

pl0273-08

**PARECER DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E
LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA SOBRE O PROJETO DE LEI Nº 0273/2008**

Trata-se de projeto de lei, de iniciativa do Nobre Vereador Carlos Neder, que consiste na obrigatoriedade de utilização do símbolo do Sistema Único de Saúde (SUS) em todas as unidades da rede municipal de saúde, independentemente das modalidades de gestão e gerência a que estejam submetidas.

O projeto pode prosperar, como veremos a seguir.

Dispõe nossa Carta Magna, em seu art. 37, "caput" e § 1º, que a Administração Pública deve pautar-se, dentre outros, pelo princípio da impessoalidade e que a publicidade dos atos, programas, obras, serviços e campanhas dos órgãos públicos deverá ter caráter educativo, informativo ou de orientação social, dela não podendo constar nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal de autoridades ou servidores públicos.

Por outro lado, em 1991 foi publicada pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde uma cartilha sob o título "ABC do SUS - Comunicação Visual", a qual dispôs sobre a logomarca do SUS, fornecendo "às entidades vinculadas ao MS/Sistema Único de Saúde os conceitos gerais e instruções básicas que disciplinam as formas de empregar corretamente a identidade visual do SUS", buscando "a difusão e consolidação da imagem do SUS como um sistema sólido, organizado e eficaz, gerando também benefícios econômico-financeiros a partir da sistematização das formas de utilização de identidade visual".

Ainda, importante notar que nos termos dos arts. 4º e 9º da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, com direção única, conforme art. 198, I, da CF, exercida em cada esfera de governo, respectivamente, pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde ou órgãos equivalentes, dele podendo participar a iniciativa privada de forma complementar.

Também nossa Lei Orgânica dispõe no sentido de que as ações e serviços de saúde de abrangência municipal integram a rede regionalizada e hierarquizada do sistema único de saúde, como se pode depreender da leitura do artigo 214.

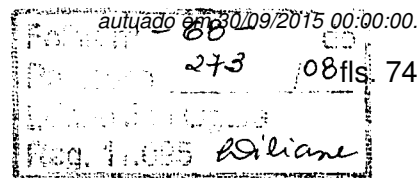
Entendemos, dessa forma, que a utilização da logomarca pelos órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde encontra amparo na Constituição Federal, na medida em que visa identificar um serviço prestado pelo Poder Público, configurando-se aí a exceção prevista no art. 37, § 1º, da CF, qual seja a publicidade de caráter educativo, informativo ou de orientação social, tanto que já expressamente adotada pelo Ministério da Saúde.

Também a presente lei não encontra óbice jurídico, eis que ao estender a utilização da marca criada pelo Ministério da Saúde para entidades do Sistema Único de Saúde a ele



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

pl0273-08



vinculadas, encontra amparo justamente nas normas que definem o Sistema Único de Saúde como um conjunto de ações e serviços de saúde prestados no âmbito das três esferas de governo.

A aprovação da proposta depende do voto da maioria absoluta dos membros da Câmara, nos termos do art. 40, § 3º, inciso XII, da Lei Orgânica do Município.

PELA LEGALIDADE.

Contudo, visando adequar a proposta à melhor técnica de elaboração legislativa, bem como evitar esbarre a mesma na Lei de Responsabilidade Fiscal, sugerimos o substitutivo a seguir:

SUBSTITUTIVO Nº DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA AO PROJETO DE LEI Nº 0273/2008.

Estabelece a obrigatoriedade da utilização do símbolo oficial do Sistema Único de Saúde nas unidades de saúde, e dá outras providências.

A Câmara Municipal de São Paulo DECRETA:

Art. 1º Fica obrigatória a utilização do símbolo oficial do Sistema Único de Saúde (SUS) nas unidades de saúde que compõem a rede municipal de saúde, independente das modalidades de gestão e gerência a que estejam submetidas.

§1º Para os efeitos desta lei, entende-se por símbolo oficial do SUS aquele definido como tal pelo Ministério da Saúde.

§2º O disposto no "caput" deste artigo se aplica também às unidades de saúde ou a setores administrativos delas que, mesmo não fazendo parte da rede própria da Secretaria Municipal de Saúde, estão sob responsabilidade da Secretaria ou recebem recursos públicos do SUS.

§3º O símbolo oficial do SUS deverá ser colocado em destaque no exterior da unidade, junto à sua denominação, nas placas utilizadas e em todos os recursos de comunicação visual destinados ao público em geral, que digam respeito ao SUS, e de modo a ser reconhecido nas dependências internas da unidade ou do setor a ela vinculado, quando for o caso.

Art. 2º O símbolo oficial do SUS será utilizado nas ambulâncias e demais veículos da rede pública municipal de saúde, nos uniformes dos trabalhadores de saúde, no material impresso e nas peças publicitárias veiculadas na mídia, voltadas para a divulgação de programas, serviços e ações de saúde vinculados ao SUS ou que sejam realizadas com recursos públicos.



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

pl0273-08

autuado em 30/09/2015 00:00:00.
Folha nº 01
Processo 273 / 08 fls. 75
LUIZ JOSÉ COSTA
Reg. 11.095 Agliome

Art. 3º Os dispositivos desta Lei, cujo cumprimento tenha por consequência a geração imediata de despesas, serão implantados de forma gradativa, na medida da disponibilidade financeira do Poder Executivo.

Art. 4º O Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 60 (sessenta) dias a contar de sua publicação.

Art. 5º As despesas com a execução desta Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala da Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa,

ABOU ANNI

ADILSON AMADEU

ADOLFO QUINTAS

AURÉLIO MIGUEL

ARSELINO TATTO

DALTON SILVANO

(SALOMÃO)
FLORIANO PESARO

JOSÉ AMÉRICO
RELATOR

MILTON LEITE

17 - RELCOM
17- 00577/2011

Publicado no DIÁRIO OFICIAL
de 07 / 07 / 2011
página 154 coluna 2ª
Conferido: Maria Tereza

Maria Tereza Affonso da Silva
Técnico Administrativo
RF 10.851

À douta Comissão de Administração Pública.

Em 07 / 07 / 11

M.T.S.
Maria Tereza Affonso da Silva
Técnico Administrativo
RF 10.851

Recebido na Comissão de
Administração Pública

Em 07 / 07 / 11 às 15hrs
João Carlos das Chaves
Técnico Administrativo
RF 11336

Ao Nobre Vereador / A Nobre Vereadora
Rolim
Para relatar:
Sala da Comissão de Administração Pública.
Em: 7 / 7 / 2011
Rolim
Presidente
Obs: o prazo para manifestação é de 8 dias, nos termos do § 3º, artigo 63 do R.I.

Publicado no DIÁRIO OFICIAL
de 09 / 08 / 11
página 834 coluna 01
Conferido: lw

Leonardo Amaral Pedrazzoli
RF: 11372

Segue — juntado — neste data
Documento — e papel de informação
Rubricado — sob folha — nº 70
Em 09 / 08 / 11

lw
Leonardo Amaral Pedrazzoli
RF: 11372



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº. 70	do pros. 77
nº. 01-273	de 2008

Leonardo Amaral Pedrazzoli
RF: 11372

16 - PAR
16- 00854/2011

**PARECER Nº DA COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
SOBRE O PROJETO LEI Nº 0273/2008**

O projeto de lei do nobre vereador Carlos Neder “estabelece a obrigatoriedade da utilização do símbolo oficial do Sistema Único de Saúde nas unidades de saúde” que compõem a rede municipal de saúde, independente das modalidades de gestão e gerência a que estejam submetidas.

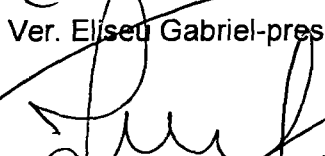
A Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa emitiu parecer pela legalidade, porém apresentou substitutivo para adaptá-lo à melhor técnica de elaboração legislativa, bem como evitar que a propositura esbarre na Lei de Responsabilidade Fiscal.

Justifica o nobre vereador que o projeto de lei se insere no esforço nacional de valorização do Sistema Único de Saúde, de identificação das fontes de recursos utilizados na implantação de redes municipais de saúde, destacando seu caráter público, e de Saúde enquanto direito do cidadão e dever do Estado.

A Comissão de Administração Pública é de parecer favorável a esta propositura nos termos do substitutivo da Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa.

Sala da Comissão de Administração Pública, em

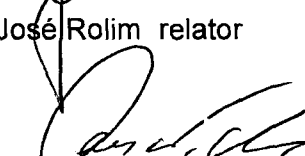

Ver. Eliseu Gabriel-presidente


Ver. José Ferreira Zelão


Ver. Edir Sales


Ver. Marta Costa


Ver. José Rolim relator


Ver. Carlos Neder


Ver. Souza Santos

17 - RELCOM
17- 00878/2011

Publicado no DIÁRIO OFICIAL
de 09 / 08 / 11
página 83 coluna 01
Conferido: _____

lw
Leonardo Amaral Pedrazzoli
RF: 11372

À Comissão de Saúde, Promoção
Social, Trabalho, ~~Idoso~~ e Mulher.
Em 11 / 08 / 11

lw
Leonardo Amaral Pedrazzoli
RF: 11372

Recebido na Comissão de Saúde, Promoção
Social, Trabalho, ~~Idoso~~ e Mulher.
São Paulo, 11 / 08 / 2011 às 18 22 h

ANA LUCIA DE OLIVEIRA SOUSA
ANA LUCIA DE OLIVEIRA SOUSA
RF 100.823
Secretária

Ao Nobre Vereador / À Nobre Vereadora
Normi Nonato
Para relatar
Sala da Comissão de Saúde, Promoção Social e Trabalho.
Em 15 / 08 / 2011
Luiz Costa
Presidente
Obs: o prazo para manifestação é de 8 dias, nos
termos do § 3º, artigo 63 do R.I.

Segue _____ juntado _____ nesta data documento(s)
e papel de informação rubricado _____ sob folha
nº 71 *lf*

ANA LUCIA DE OLIVEIRA SOUSA
Em 26 / 10 / 2011
ANA LUCIA DE OLIVEIRA SOUSA
RF 100.823
Secretária



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº 71
do processo nº 01. 273.2008
Ana Lúcia de Oliveira Sousa
100.223

115. 79

16 - PAR
16- 01439/2011
**PARECER Nº DA COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL,
TRABALHO E MULHER SOBRE O PROJETO DE LEI Nº 273/2008.**

O projeto de lei, de autoria do Nobre Vereador Carlos Neder, estabelece a obrigatoriedade da utilização do símbolo oficial do Sistema Único de Saúde nas Unidades de Saúde e dá outras providências.

A Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa exarou parecer pela legalidade, interpondo substitutivo para melhor adequar o projeto às mais sofisticadas técnicas de elaboração legislativa.

A Comissão de Administração Pública exarou parecer favorável ao substitutivo da CCJLP.

No âmbito desta Comissão, quanto ao mérito que devemos analisar, entendemos que o PL é importante, pois procura valorizar a instituição do Sistema Único de Saúde e reforçar perante a população a imagem do mesmo.

Pelos motivos expostos, **favorável é o nosso parecer, nos termos do substitutivo da CCJLP.**

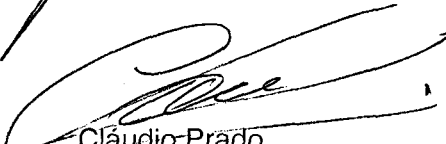
Sala da Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher, 26.10.2011

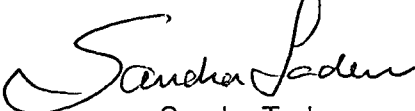

Juliana Cardoso
Presidenta

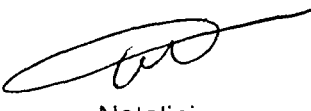

Noemi Nonato
Relatora


Milton Ferreira


Kamia


Cláudio Prado


Sandra Tadeu


Natalini

17 - RELCOM
17- 01485/2011

at. g... CSPSTM-rtn
100.223

Matéria PL 273/2008. ANDRE LUIZ COSTA DOS SANTOS

PUBLICADO NO DIARIO OFICIAL

DE 28 / 10 / 2011

Pág. 108 Col. 2ª 3ª

Conferido

M. L. de O.
ANA LUCIA DE OLIVEIRA SOUSA
RF 100.823
Secretária

A Comissão de Finanças e Orçamento

Em 31 / 10 / 2011

M. L. de O.
ANA LUCIA DE OLIVEIRA SOUSA
RF 100.823
Secretária

RECEBIDO NA COMISSÃO DE
FINANÇAS E ORÇAMENTO

31 / 10 / 11 às 14 h 10

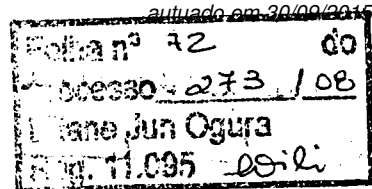
V. N. R.
Vera Nice Rodrigues Ribeiro
Assistente Parlamentar
RF. 101.123

Ao Nobre Vereador / A Nobre Vereadora
<i>Stilvo</i>
Para relatar
Sala da Comissão de Finanças e Orçamento.
Em 07 / 11 / 2011
Presidente
Obs: o prazo para manifestação é de 8 dias, nos termos do § 3º artigo 83 do RI

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
Segue — juntado —, nesta data, e
documentos — e papel de informação,
rubricado — sob folha — nº 72
Em 14 / 12 / 11
a) <i>esb</i>
Liliane Jun Ogura
RF: 11095



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**



00:00:00.

fls. 81

16 - PAR
16- 01816/2011

**DA COMISSÃO DE FINANÇAS E ORÇAMENTO SOBRE O
Nº 273/2008**

O presente projeto de lei, de autoria do nobre Vereador Carlos Neder, visa estabelecer a obrigatoriedade da utilização do símbolo oficial do Sistema Único de Saúde (SUS) nas unidades de saúde que compõem a rede municipal de saúde, independente das modalidades de gestão e gerência a que estejam submetidas, incluindo aquelas que não fazendo parte da rede própria da Secretaria Municipal de Saúde, mas que estão sob responsabilidade da Secretaria ou recebem recursos públicos do SUS.

Segundo a propositura, o símbolo oficial do SUS terá que ser utilizado nas ambulâncias e demais veículos da rede pública municipal de saúde, nos uniformes dos trabalhadores de saúde, no material impresso e nas peças publicitárias veiculadas na mídia, voltadas para a divulgação de programas, serviços e ações de saúde vinculados ao SUS ou que sejam realizadas com recursos públicos.

Quanto ao aspecto financeiro, nada há a opor à propositura, visto que as despesas de sua execução serão cobertas por dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Favorável, portanto, é o parecer.

Sala da Comissão de Finanças e Orçamento, em 14/12/11.

Ver. Antonio Carlos Rodrigues
Presidente

Ver. Atilio Francisco
Relator

Ver. Antonio Donato

Ver. Anibal de Freitas

Ver. Celso Jatene

Ver. Francisco Chagas

Ver. Milton Leite

Ver. Ricardo Teixeira

Ver. Roberto Tripoli

17 - RELCOM
17- 01879/2011

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL

DE 17 / 12 / 2011

Pág. 130 Col. 02

Contendo *[assinatura]*

SÔNIA MARIA CORRÊA ALVES
RF. 10.923

A SGP-21
São Paulo, 22/12/11

Vera Nice Rodrigues Ribeiro
Assistente Parlamentar
RF. 10.923

RECEBIDO SGP-21
Em 22/12/11
Andre MacCourt Lopes
Técnico Administrativo
RF: 14.368