

PROJETO DE LEI

DE

MATÉRIA LEGISLATIVA:

PL

01 - 0399 / 2013

DE

10/06/2013

PROMOVENTE:

VEREADOR

LAÉRCIO BENKO

EMENTA:

DISPÕE SOBRE O HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE BÁSICAS (UBS) E DA ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL (AMAS), QUE PRESTAM SERVIÇOS PELO PERÍODO DE 14 HORAS, NO ÂMBITO DA CIDADE DE SÃO PAULO, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

ARQUIVADO EM / /

CHEFE DE SEÇÃO



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº 01 de pros
01-399-13
Adelino Queiroz
RPF 100-403

20º GABINETE DE VEREADOR LAÉRCIO BENKO

01 - PL
01- C0399/2013

PROJETO DE LEI Nº

Dispõe sobre o horário de funcionamento das Unidades de Saúde Básicas (UBS) e da Assistência Médica Ambulatorial (AMAS), que prestam serviços pelo período de 14 horas, no âmbito da Cidade de São Paulo, e dá outras providências.

A Câmara Municipal de São Paulo DECRETA:

Art. 1º As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as de Assistência Médica Ambulatorial (AMAS), no âmbito da cidade de São Paulo, deverão ter período mínimo de funcionamento diário de 14 (quatorze) horas, com horário de início de funcionamento às 07:00 horas e encerramento às 21:00 horas, de segunda a sábado, sem prejuízo.

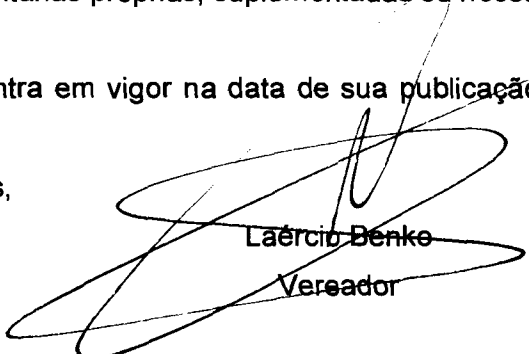
Art. 2º As unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMAS) assim como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) poderão estabelecer horários mais amplos de funcionamento, ou estabelecer horários diferenciados a fim de atender a peculiaridade local.

Art. 3º O Poder Executivo regulamentará esta lei, no prazo de 90 (noventa) dias, contados de sua publicação.

Art. 4º As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 5º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário,

Sala das Sessões,


Laércio Benko
Vereador

EDMILSON
18 JUN 2013
SPG.42

Segue(m) junção(s), nesta data,
documentos em anexo nº
2
junção
sob nº 3 19.6.13...
Ass: 

Adelina Cicone

Assistente Parlamentar

Registro 100.406



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº 02 do proc
Nº 01-399-13
Assina o(a) _____
RF 100 400

20º GABINETE DE VEREADOR LAÉRCIO BENKO

JUSTIFICATIVA

O presente Projeto de Lei constitui-se na extensão do horário de funcionamento da rede de atenção básica à saúde na Cidade de São Paulo.

A intenção é que permitir maior acesso da população dando condições para os cidadãos que trabalham fora da circunscrição de onde moram possam ser atendidos mantendo-se a prevenção, características da atenção da saúde básica, e assim produzindo maior qualidade de vida aos munícipes.

Ainda o presente projeto possibilita que o atendimento da população seja efetivo, pois, com a ampliação do horário, mais usuários serão atendidos.

Cumpre ainda elucidar a economicidade da medida já que possibilitará maior efetividade aos equipamentos de saúde já existentes, portanto, a presente propositura pretende otimizar o atendimento à saúde básica.

Respeitante a competência, de início fixa-se que no caso se refere a interesse local, norma combinada com artigo 13, I da LOMSP.

Portanto, conto com o apoio dos Nobres Pares para a aprovação do presente Projeto, que reputo de grande interesse público.



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Papel para informação, rubricado como folha nº 03

do processo nº 01 - 399 de 2013, 19/6/13 (a) 03

Adelina Cicone
Assistente Parlamentar
Registro 100.406

LIDO HOJE, 18 JUN 2013
ÀS COMISSÕES DE:
Const. Just e Leg. Participativa
Administração Pública
Saúde, Prom. Social, Trabalho e Mulher
Finanças e Orçamento
PRESIDENTE

MARCO AURÉLIO CUNHA

À Procuradoria – Setor de Pesquisa e Assessoria de Análise Prévia das Proposituras

Efetuada a autuação, encaminho os presentes autos para prosseguimento.

19/06/13

Carlos Roberto da Silva
Supervisor Substituto – SGP.22

RECEBIDO NA PROCURADORIA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO	
SETOR DE PESQUISA E APOIO ÀS COMISSÕES DE ANÁLISE DE PROPOSITURAS	
EM 19/06/13	16:30
POR TAV	
SADA: 24/06/13 AS: 12	h ASS:

CAMARA MUNICIPAL DE SAO PAULO
Seguem juntado(s) o(s) documento(s) nº
Fs. 04158. S.P. 24106113

Isis Duarte Rodrigues
Técnico Administrativo
RF 11.207



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**
PROCURADORIA

Folha 04
Proc. nº 01.0399/13
Isis Duarte Rodrigues
RF 11:207

SETOR DE PESQUISA, ASSESSORIA E ANÁLISE PRÉVIA

PL 0399/13

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

- Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
- Lei Municipal nº 13.271, de 04 de janeiro de 2002, que dispõe sobre a descentralização das ações e serviços de saúde no Município de São Paulo, com a criação de entidades autárquicas hospitalares de regime especial;
- Lei Municipal nº 13.861, de 29 de junho de 2004, que dispõe sobre a concessão de vantagens aos servidores municipais que especifica;
- Lei Municipal nº 14.669, de 14 de janeiro de 2008, que altera a estrutura das autarquias hospitalares regionais e introduz alterações na Lei nº 13.271, de 04 de janeiro de 2002 e na Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a denominação e a forma de provimento de cargos em comissão que especifica, atribui competência à Procuradoria Geral do Município para representar judicialmente o Instituto de Previdência Municipal;
- Lei Municipal nº 14.876, de 05 de janeiro de 2009, que dispõe sobre a alteração das Leis nº 13.271, de 05 de janeiro de 2002, nº 13.652, de 25 de setembro de 2003, nº 14.660, de 26 de dezembro de 2007, nº 14.709, de 03 de abril de 2008, nº 14.713, de 04 de abril de 2008 e nº 14.715 de 08 de abril de 2008, e a contratação por tempo determinado, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde e Autarquia Hospitalar Municipal;

Cópia(s) do(s) texto(s) acima indicado(s) acompanha(m) a presente informação.

À Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa, conforme despacho do Sr. Presidente de fls. 03.

São Paulo, 21 de junho de 2013.

Marcella Falco Giacaglia
Procuradora Supervisora do Setor de Pesq. e Análise Prévia
OAB/SP 111.393

PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006.

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

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

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil;

Considerando a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;

Considerando a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional que demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros;

Considerando os princípios e as diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, entre as esferas de governo na consolidação do SUS, que inclui a desfragmentação do financiamento da Atenção Básica;

Considerando a diretriz do Governo Federal de executar a gestão pública por resultados mensuráveis; e

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 23 de março de 2006,

R E S O L V E:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes do Anexo a esta Portaria.

Parágrafo único. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS) publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas desta Política.

Art. 2º Definir que os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.301.1214.0589 - Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica;

II - 10.301.1214.8577 - Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros; e

III - 10.301.1214.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Ficando revogadas as Portarias nº 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 10, nº 1.884/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 1.885/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 59/GM, de 16 de janeiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 14-E, de 21 de janeiro de 1998, Seção 1, página 2, nº 157/GM, de 19 de fevereiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 58, de 26 de março de 1998, Seção 1, página 104, nº 2.101/GM, de 27 de fevereiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 42, de 4 de março de 1998, Seção 1, página 70, nº 3.476/GM, de 20 de agosto de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 160, de 21 de agosto de 1998, Seção 1, página 55, nº 3.925/GM, de 13 de novembro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 22-E, 2 de fevereiro de 1999, Seção 1, página 23, nº 223/GM, de 24 de março de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 57, de 25 de março de 1999, Seção 1, página 15, nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 221, de 19 de novembro de 1999, Seção 1, página 29, nº 1.013/GM, de 8 de setembro de 2000, publicada no Diário Oficial da União nº 175-E, de 11 de setembro de 2000, Seção 1, página 33, nº 267/GM, de 6 de março de 2001, publicada no Diário Oficial da União nº 46, de 7 de março de 2001, Seção 1, página 67, nº 1.502/GM, de 22 de agosto de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 163, de 23 de agosto de 2002, Seção 1, página 39,

nº 396/GM, de 4 de abril de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 104, de 2 de junho de 2003, Seção 1, página 21, nº 673/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 44, nº 674/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 44, nº 675/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 45, nº 2.081/GM, de 31 de outubro de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 214, de 4 de novembro de 2003, Seção 1, página 46, nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 15, de 23 de janeiro de 2004, Seção 1, página 55, nº 1.432/GM, de 14 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 157, de 16 de agosto de 2004, Seção 1, página 35, nº 1.434/GM, de 14 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 135, de 15 de julho de 2004, Seção 1, página 36, nº 2.023/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 44, nº 2.024/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 44, nº 2.025/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 45, nº 619/GM, de 25 de abril de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 78, de 26 de abril de 2005, Seção 1, página 56, nº 873/GM, de 8 de junho de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 110, de 10 de junho de 2005, Seção 1, página 74 e nº 82/SAS, de 7 de julho de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 128, de 8 de julho de 1998, Seção 1, página 62.

SARAIVA FELIPE

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

CAPÍTULO I Da Atenção Básica

1 - DOS PRINCÍPIOS GERAIS

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

A Atenção Básica tem como fundamentos:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

- V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
VI - estimular a participação popular e o controle social.

Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs.

Para o processo de pactuação da atenção básica será realizado e firmado o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, tomando como objeto as metas anuais a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde acordados. O processo de pactuação da Atenção Básica seguirá regulamentação específica do Pacto de Gestão. Os gestores poderão acordar nas CIBs indicadores estaduais de Atenção Básica a serem acompanhados em seus respectivos territórios.

2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA ESFERA DE GOVERNO

Os municípios e o Distrito Federal, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território.

2.1 - Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

II - incluir a proposta de organização da Atenção Básica e da forma de utilização dos recursos do PAB fixo e variável, nos Planos de Saúde municipais e do Distrito Federal;

III - inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde;

IV - organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica;

V - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

VI - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, inclusive os da Saúde da Família, em conformidade com a legislação vigente;

VII - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;

VIII - alimentar as bases de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema de saúde municipal, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão;

IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal;

X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

XI - definir estratégias de articulação com os serviços de saúde com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XII - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no seu território, divulgando anualmente os resultados alcançados;

XIII - verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão;

XIV - consolidar e analisar os dados de interesse das equipes locais, das equipes regionais e da gestão municipal, disponíveis nos sistemas de informação, divulgando os resultados obtidos;

XV - acompanhar e avaliar o trabalho da Atenção Básica com ou sem Saúde da Família, divulgando as informações e os resultados alcançados;

XVI - estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes;

XVII - buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território.

2.2 - Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do apoio à Atenção Básica e estímulo à adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde em caráter substitutivo às práticas atualmente vigentes para a Atenção Básica;

II - pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

III - estabelecer, no Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal, metas e prioridades para a organização da Atenção Básica no seu território;

IV - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;

V - pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite e informar à Comissão Intergestores Tripartite a definição da utilização dos recursos para Compensação de Especificidades Regionais;

VI - prestar assessoria técnica aos municípios no processo de qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família, com orientação para organização dos serviços que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos;

VII - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera estadual;

VIII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

IX - definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

X - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no território estadual, divulgando anualmente os resultados alcançados;

XI - estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, monitoramento e avaliação das ações da Atenção Básica e da estratégia Saúde da Família no âmbito estadual ou do Distrito Federal;

XII - ser co-responsável, junto ao Ministério da Saúde, pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios e ao Distrito Federal;

XIII - submeter à CIB, para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução do PAB fixo e variável, visando:

a) apazamento para que o gestor municipal corrija as irregularidades;

b) comunicação ao Ministério da Saúde; e

c) bloqueio do repasse de recursos ou demais providências consideradas necessárias e regulamentadas pela CIB;

XIV - assessorar os municípios para implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica, como instrumentos para monitorar as ações desenvolvidas;

XV - consolidar, analisar e transferir os arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios para o Ministério da Saúde, de acordo com os fluxos e prazos estabelecidos para cada sistema;

XVI - verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando informações aos gestores municipais;

XVII - analisar os dados de interesse estadual, gerados pelos sistemas de informação, divulgar os resultados obtidos e utilizá-los no planejamento;

XVIII - assessorar municípios na análise e gestão dos sistemas de informação, com vistas ao fortalecimento da capacidade de planejamento municipal;

XIX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes;

XX - articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para capacitação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família;

XXI - promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Básica; e

XXII - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não-governamentais e do setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do estado e do Distrito Federal.

2.3 - Compete ao Ministério da Saúde:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde no País, por meio do apoio à Atenção Básica e do estímulo à adoção da estratégia de Saúde da Família como estruturante para a organização dos sistemas municipais de saúde;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento do Piso da Atenção Básica - PAB fixo e variável;

III - prestar assessoria técnica aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica e da estratégia de Saúde da Família;

IV - estabelecer diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de capacitação e educação permanente dos profissionais da Atenção Básica;

V - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente para os profissionais de saúde da Atenção Básica;

VI - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, em especial de medicina, enfermagem e odontologia, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica;

VII - assessorar estados, municípios e o Distrito Federal na implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica;

VIII - analisar dados de interesse nacional, relacionados com a Atenção Básica, gerados pelos sistemas de informação em saúde, divulgando os resultados obtidos;

IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica de âmbito nacional;

X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

XI - definir estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XII - monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica, no âmbito nacional, divulgando anualmente os resultados alcançados, de acordo com o processo de pactuação acordado na Comissão Intergestores Tripartite;

XIII - estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, de monitoramento e de avaliação das ações da Atenção Básica e da estratégia de Saúde da Família no âmbito nacional;

XIV - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica; e

XV - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da Atenção Básica e da estratégia de saúde da família no País.

3 - DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

São itens necessários à realização das ações de Atenção Básica nos municípios e no Distrito Federal:

I - Unidade(s) Básica(s) de Saúde (UBS) com ou sem Saúde da Família inscrita(s) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, de acordo com as normas sanitárias vigentes;

II - UBS com ou sem Saúde da Família que, de acordo com o desenvolvimento de suas ações, disponibilizem:

III - equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros;

IV - consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem para os profissionais da Atenção Básica;

V - área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

VI - equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolatividade da Atenção Básica;

VII - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e

VIII - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente.

Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

4 - DO CADASTRAMENTO DAS UNIDADES QUE PRESTAM SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

O cadastramento das Unidades Básicas de Saúde será feito pelos gestores municipais e do Distrito Federal em consonância com as normas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

5 - DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

I - definição do território de atuação das UBS;

II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais freqüentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;

III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;

IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;

V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;

VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;

VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;

VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;

IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e

X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

6 - DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

As atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica deverão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

7 - DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A educação permanente dos profissionais da Atenção Básica é de responsabilidade conjunta das SMS e das SES, nos estados, e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Os conteúdos mínimos da Educação Permanente devem priorizar as áreas estratégicas da Atenção Básica, acordadas na CIT, acrescidos das prioridades estaduais, municipais e do Distrito Federal.

Devem compor o financiamento da Educação Permanente recursos das três esferas de governo acordados na CIT e nas CIBs.

Os serviços de atenção básica deverão adequar-se à integração ensino-aprendizagem de acordo com processos acordados na CIT e nas CIBs.

CAPÍTULO II

Das Especificidades da Estratégia de Saúde da Família

1 - PRINCÍPIOS GERAIS

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;

II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V - ser um espaço de construção de cidadania.

2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO

Além das responsabilidades propostas para a Atenção Básica, em relação à estratégia Saúde da Família, os diversos entes federados têm as seguintes responsabilidades:

2.1 Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços visando à organização do sistema local de saúde;

II - definir, no Plano de Saúde, as características, os objetivos, as metas e os mecanismos de acompanhamento da estratégia Saúde da Família;

III - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e das unidades básicas de referência dos Agentes Comunitários de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

IV - assegurar o cumprimento de horário integral - jornada de 40 horas semanais - de todos os profissionais nas equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde, com exceção daqueles que devem dedicar ao menos 32 horas de sua carga horária para atividades na equipe de SF e até 8 horas do total de sua carga horária para atividades de residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, ou trabalho em hospitais de pequeno porte, conforme regulamentação específica da Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte;

V - realizar e manter atualizado o cadastro dos ACS, dos enfermeiros da equipe PACS e dos profissionais das equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, bem como da população residente na área de abrangência das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde definidos para esse fim; e

VI - estimular e viabilizar a capacitação específica dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

2.2 Compete às Secretarias Estaduais de Saúde:

I - pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite estratégias, diretrizes e normas de implementação e gestão da Saúde da Família no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

II - estabelecer no Plano de Saúde estadual metas e prioridades para a Saúde da Família;

III - submeter à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo, a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS elaborada pelos municípios e aprovada pelos Conselhos de Saúde dos municípios;

IV - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de acompanhamento do cadastramento dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS nos sistemas de informação nacionais, definidos para esse fim;

V - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de descredenciamento e/ou o bloqueio de recursos diante de irregularidades constatadas na implantação e no funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, a ser publicado como portaria de resolução da CIB, visando à regularização das equipes que atuam de forma inadequada;

VI - analisar e consolidar as informações enviadas pelos municípios, referentes à implantação e ao funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS;

VII - enviar, mensalmente, ao Ministério da Saúde o consolidado das informações encaminhadas pelos municípios, autorizando a transferência dos incentivos financeiros federais aos municípios;

VIII - responsabilizar-se perante o Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos aos municípios no território estadual;

IX - prestar assessoria técnica aos municípios no processo de implantação e ampliação da SF;

X - articular com as instituições formadoras de recursos humanos do estado estratégias de expansão e qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e educação permanente, de acordo com demandas e necessidades identificadas nos municípios e pactuadas nas CIBs; e

XI - acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos municípios, identificando situações em desacordo com a regulamentação, garantindo suporte às adequações necessárias e divulgando os resultados alcançados.

2.3. Compete ao Distrito Federal:

I - estabelecer, no Plano de Saúde do Distrito Federal, metas e prioridades para a Saúde da Família;

II - analisar e consolidar as informações referentes à implantação e ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS;

III - responsabilizar-se junto ao Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos ao Distrito Federal; e

IV - acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família no Distrito Federal, identificando e adequando situações em desacordo com a regulamentação e divulgando os resultados alcançados.

2.4 Compete ao Ministério da Saúde:

I - definir e rever, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes e as normas da Saúde da Família;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica organizada por meio da estratégia Saúde da Família;

III - apoiar a articulação de instituições, em parceria com Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente específica aos profissionais da Saúde da Família;

IV - articular com o Ministério da Educação estratégias de expansão e de qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e em educação permanente;

V - analisar dados de interesse nacional relacionados com a estratégia Saúde da Família, gerados pelos sistemas de informação em saúde, divulgando os resultados obtidos; e

VI - para a análise de indicadores, de índices de valorização de resultados e de outros parâmetros, o cálculo da cobertura populacional pelas ESF, ESB e ACS será realizado a partir da população cadastrada no sistema de informação vigente.

3 - DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

São itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;

II - número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família;

III - existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família que possua minimamente:

a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência;

b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde;

IV - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e

V - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS.

São itens necessários à incorporação de profissionais de saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família:

I - no caso das Equipes de Saúde Bucal (ESB), modalidade 1: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ou duas ESF, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESF às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;

II - no caso das ESB, modalidade 2: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, com trabalho integrado a uma ou duas ESFs, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESFs, às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;

III - existência de Unidade de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para atendimento das equipes de Saúde Bucal, que possua minimamente:

a) consultório odontológico para a Equipe de Saúde Bucal, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; e

b) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde.

É prevista a implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica. São itens necessários à organização da implantação dessa estratégia:

I - a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no Cadastro Geral de estabelecimentos de saúde do Ministério da Saúde, de referência para os ACS e o enfermeiro supervisor;

II - a existência de um enfermeiro para até 30 ACS, o que constitui uma equipe de ACS;

III - o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais dedicadas à equipe de ACS pelo enfermeiro supervisor e pelos ACS;

IV - definição das microáreas sob responsabilidade de cada ACS, cuja população não deve ser superior a 750 pessoas; e

V - o exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde regulamentado pela Lei nº 10.507/2002.

4. DO PROCESSO DE TRABALHO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Além das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, são características do processo de trabalho da Saúde da Família:

I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;

IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

As atribuições dos diversos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal, ACS e enfermeiros das equipes PACS estão descritas no Anexo I.

5 - DA CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES

O processo de capacitação deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das ESF por meio do Curso Introdutório para toda a equipe.

Recomenda-se que:

I - o Curso Introdutório seja realizado em até 3 meses após a implantação da ESF;

II - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população inferior a 100 mil habitantes, seja da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde; e

III - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população superior a 100 mil habitantes, e da Secretaria Municipal de Saúde, que poderá realizar parceria com a Secretaria de Estado da Saúde. No Distrito Federal, a sua Secretaria de Saúde é responsável pela realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes.

Os conteúdos mínimos do Curso Introdutório e da Educação Permanente para as ESFs serão objeto de regulamentação específica editada pelo Ministério da Saúde.

6 - DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

I - O município e o Distrito Federal deverão elaborar a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS e em conformidade com a regulamentação estadual aprovada pela CIB. Na ausência de regulamentação específica, poderão ser utilizados os quadros constantes no Anexo II a esta Portaria. A proposta deve definir:

a) território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas e micro-áreas;

b) infra-estrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar cada uma das equipes;

c) ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional;

d) processo de gerenciamento e supervisão do trabalho das equipes;

e) forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais;

f) implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo;

g) processo de avaliação do trabalho das equipes, da forma de acompanhamento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e da utilização dos dados dos sistemas nacionais de informação;

h) a contrapartida de recursos do município e do Distrito Federal.

II - A proposta elaborada deverá ser aprovada pelos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhada à Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar sua proposta para o Ministério da Saúde;

III - A Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional terá o prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo para sua análise e encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

IV - Após aprovação na CIB, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal informar ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de ESF, de ESB e de ACS que fazem jus ao recebimento de incentivos financeiros do PAB variável;

V - O município, com as equipes previamente credenciadas pelo estado, conforme decisão da CIB, passará a receber o incentivo correspondente às equipes efetivamente implantadas, a partir do cadastro de profissionais no sistema nacional de informação definido para esse fim, e da alimentação de dados no sistema que comprovem o início de suas atividades;

VI - O Ministério da Saúde, os estados e os municípios terão o prazo de até 180 dias para implantação do novo fluxo de credenciamento e implantação de ESF, de ESB e de ACS;

e

VII - O fluxo dos usuários para garantia da referência e contra-referência à atenção especializada, nos serviços assistenciais de média complexidade ambulatorial, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem - RX e ultra-som, saúde mental e internação hospitalar, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e a proposta para garantia da assistência farmacêutica básica devem constar no Plano Municipal de Saúde.

CAPÍTULO III Do Financiamento Da Atenção Básica

1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

O financiamento da Atenção Básica se dará em composição tripartite.

O Piso da Atenção Básica (PAB) constitui-se no componente federal para o financiamento da Atenção Básica, sendo composto de uma fração fixa e outra variável.

O somatório das partes fixa e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) comporá o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica conforme estabelecido nas diretrizes dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Os recursos do Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica descritas nos Planos de Saúde do município e do Distrito Federal.

2 - DO PISO DE ATENÇÃO BÁSICA

O Piso da Atenção Básica - PAB consiste em um montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde e compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica.

O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família - SF; Agentes Comunitários de Saúde - ACS; Saúde Bucal - SB; Compensação de Especificidades Regionais; Saúde Indígena - SI; e Saúde no Sistema Penitenciário.

Os repasses dos recursos dos PABs fixo e variável aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para essa finalidade, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

Os recursos serão repassados em conta específica denominada "FMS - nome do município - PAB" de acordo com a normatização geral de transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde definirá os códigos de lançamentos, assim como seus identificadores literais, que constarão nos respectivos avisos de crédito, para tornar claro o objeto de cada lançamento em conta. O aviso de crédito deverá ser enviado ao Secretário de Saúde, ao Fundo de Saúde, ao Conselho de Saúde, ao Poder Legislativo e ao Ministério Público dos respectivos níveis de governo.

Os registros contábeis e os demonstrativos gerenciais mensais devidamente atualizados relativos aos recursos repassados a essas contas, ficarão, permanentemente, à disposição dos Conselhos responsáveis pelo acompanhamento, e a fiscalização, no âmbito dos municípios, dos Estados, do Distrito Federal e dos órgãos de fiscalização federais, estaduais e municipais, de controle interno e externo.

Os municípios deverão remeter por via eletrônica o processamento da produção de serviços referentes ao PAB à Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com cronograma por ela estabelecido. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal devem enviar as informações ao DATASUS, observando cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Os municípios e o Distrito Federal deverão efetuar suas despesas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da administração pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento).

De acordo com o artigo 6º, do Decreto nº 1.651/95, a comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, na forma do Decreto nº 1.232/94, que trata das transferências, fundo a fundo, deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Estado, por meio de relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Da mesma forma, a prestação de contas dos valores recebidos e aplicados no período deve ser aprovada no Conselho Municipal de Saúde e encaminhada ao Tribunal de Contas do Estado ou Município e à Câmara Municipal.

A demonstração da movimentação dos recursos de cada conta deverá ser efetuada, seja na Prestação de Contas, seja quando solicitada pelos órgãos de controle, mediante a apresentação de:

- I - relatórios mensais da origem e da aplicação dos recursos;
- II - demonstrativo sintético de execução orçamentária;
- III - demonstrativo detalhado das principais despesas; e
- IV - relatório de gestão.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica.

2.1. Da parte fixa do Piso da Atenção Básica

Os recursos do PAB serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal.

Excepcionalmente, os recursos do PAB correspondentes à população de municípios que não cumprirem com os requisitos mínimos regulamentados nesta Portaria podem ser transferidos, transitoriamente, aos Fundos Estaduais de Saúde, conforme resolução das Comissões Intergestores Bipartites.

A parte fixa do PAB será calculada pela multiplicação de um valor per capita fixado pelo Ministério da Saúde pela população de cada município e do Distrito Federal e seu valor será publicado em portaria específica. Nos municípios cujos valores referentes já são superiores ao mínimo valor per capita proposto, será mantido o maior valor.

A população de cada município e do Distrito Federal será a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

Os municípios que já recebem incentivos referentes a equipes de projetos similares ao PSF, de acordo com a Portaria nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999, e Incentivos de Descentralização de Unidades de Saúde da FUNASA, de acordo com Portaria nº 1.502/GM, de 22 de agosto de 2002, terão os valores correspondentes incorporados à seu 'PAB' fixo a partir da publicação do teto financeiro do Bloco da Atenção Básica.

Ficam mantidas as ações descritas nos Grupos dos Procedimentos da Atenção Básica, na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde que permanecem como referência para a alimentação dos bancos de dados nacionais.

2.2. Do Piso da Atenção Básica Variável

Os recursos do PAB variável são parte integrante do Bloco da Atenção Básica e terão sua utilização definida nos planos municipais de saúde, dentro do escopo das ações previstas nesta Política.

O PAB variável representa a fração de recursos federais para o financiamento de estratégias nacionais de organização da Atenção Básica, cujo financiamento global se dá em composição tripartite.

Para fazer jus ao financiamento específico do PAB variável, o Distrito Federal e os municípios devem aderir às estratégias nacionais:

- I - Saúde da Família (SF);
- II - Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- III - Saúde Bucal (SB);
- IV - Compensação de Especificidades Regionais;
- V - Saúde Indígena (SI); e
- VI - Saúde no Sistema Penitenciário.

A transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da Saúde Indígena - SI será regulamentada em portaria específica.

A transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da Saúde no Sistema Penitenciário se dará em conformidade ao disposto na Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003.

A efetivação da transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da SF, dos ACS e da SB tem por base os dados de alimentação obrigatória do SIAB, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores do Distrito Federal e dos municípios:

I - os dados serão transferidos, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal para o Departamento de Informática do SUS - DATASUS, por via magnética, até o dia 15 de cada mês;

II - os dados a serem transferidos referem-se ao período de 1º a 30 do mês imediatamente anterior ao do seu envio;

III - a transferência dos dados para a Base Nacional do SIAB se dará por meio do BBS/MS, da Internet, ou por disquete;

IV - o DATASUS remeterá à Secretaria Estadual de Saúde o recibo de entrada dos dados na Base Nacional do SIAB; e

V - O DATASUS atualizará a Base Nacional do SIAB, localizada no Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, até o dia 20 de cada mês.

O número máximo de equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de ACS a serem financiadas pelo Ministério da Saúde, a cada ano, será definido em portaria específica, respeitando os limites orçamentários.

Os valores dos componentes do PAB variável serão definidos em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

Equipe de Saúde da Família (ESF)

Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipe de Saúde da Família (ESF) registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O número máximo de ESF pelas quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população / 2400.

A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB.

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESF:

1. ESF Modalidade 1: são as ESF que atendem aos seguintes critérios:

I - estiverem implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País; ou

II - estiverem implantadas em municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e que não estão enquadrados no estabelecido na alínea I deste item; e

III - estiverem implantadas em municípios não incluídos no estabelecido nas alíneas I e II e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

2. ESF Modalidade 2: são as ESF implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.

Os valores dos componentes do PAB variável para as ESF Modalidades I e II serão definidos em portaria específica publicada pelo Ministério da Saúde. Os municípios passarão a fazer jus ao recebimento do incentivo após o cadastramento das Equipes de Saúde da Família responsáveis pelo atendimento dessas populações específicas no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, na respectiva competência financeira.

Será repassada uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, no mês de agosto do ano vigente.

O número máximo de ACS pelos quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população IBGE/ 400.

Para municípios dos estados da Região Norte, Maranhão, e Mato Grosso, a fórmula será: população IBGE da área urbana / 400 + população da área rural IBGE/ 280.

A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB, definida pelo IBGE e publicada pelo Ministério da Saúde.

Equipes de Saúde Bucal (ESB)

Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde Bucal implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) registrados no cadastro de Equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, na respectiva competência financeira.

Farão jus ao recebimento dos incentivos financeiros referentes a Equipes de Saúde Bucal (ESB), quantas equipes estiverem implantadas no SIAB, desde que não ultrapassem o número existente de Equipes de Saúde da Família, e considerem a lógica de organização da Atenção Básica - Saúde da Família.

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESB:

I - Equipe de Saúde Bucal Modalidade 1: composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar de consultório dentário;

II - Equipe de Saúde Bucal Modalidade 2: composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 técnico de higiene dental.

Compensação de Especificidades Regionais

Os valores do recurso Compensação de Especificidades Regionais serão definidos em Portaria Ministerial específica para este fim.

A utilização dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais será definida periodicamente pelas CIBs.

A CIB selecionará os municípios a serem contemplados, a partir de critérios regionais, bem como a forma de utilização desses recursos de acordo com as especificidades regionais e/ou municipais de cada estado, a exemplo de sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados, educação permanente, formação de ACS.

Os critérios definidos devem ser informados ao plenário da CIT. No caso do Distrito Federal, a proposta de aplicação deste recurso deverá ser submetida à aprovação pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal.

As Secretarias Estaduais de Saúde enviarão a listagem de municípios com os valores e o período de transferência dos recursos pactuados nas CIBs ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, para que os valores sejam transferidos do FNS para os FMS.

3 - REQUISITOS MÍNIMOS PARA MANUTENÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DO PAB

Os requisitos mínimos para a manutenção da transferência do PAB são aqueles definidos pela legislação federal do SUS.

O Plano de Saúde municipal ou do Distrito Federal, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde e atualizado a cada ano, deve especificar a proposta de organização da Atenção Básica e explicitar como serão utilizados os recursos do Bloco da Atenção Básica. Os municípios e o Distrito Federal devem manter a guarda desses Planos por no mínimo 10 anos, para fins de avaliação, monitoramento e auditoria.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica, e deverá ser apresentado anualmente para apreciação e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

Os valores do PAB fixo serão corrigidos anualmente mediante cumprimento de metas pactuadas para indicadores da Atenção Básica. Excepcionalmente o não alcance de metas poderá ser avaliado e justificado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelo Ministério da Saúde de maneira a garantir esta correção.

Os indicadores de acompanhamento para 2006 são:

I - Cobertura firmada pelo gestor municipal e do Distrito Federal para o ano anterior no Pacto da Atenção Básica, para:

- a) média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas;
- b) proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal;
- c) razão entre exames citopatológico cérvico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária; e

II - Cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de um ano de idade maior ou igual a 95%;

O Ministério da Saúde publicará anualmente, em portaria específica, os indicadores de acompanhamento para fins de reajuste do PAB fixo.

4 - DA SOLICITAÇÃO DE CRÉDITO RETROATIVO

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, por parte dos municípios e/ou do Distrito Federal, e na transferência

dos arquivos, realizada pelos municípios, o Distrito Federal e os estados, o Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros a equipes de Saúde da Família, a equipes de Saúde Bucal e a de Agentes Comunitários de Saúde, com base em solicitação da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS.

Esta retroatividade se limitará aos seis meses anteriores ao mês em curso.

Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

I - preencher a planilha constante do Anexo III a esta Política, para informar o tipo de incentivo financeiro que não foi creditado no Fundo Municipal de Saúde ou do Distrito Federal, discriminando a competência financeira correspondente e identificando a equipe, com os respectivos profissionais que a compõem ou o agente comunitário de saúde que não gerou crédito de incentivo;

II - imprimir o relatório de produção, no caso de equipes de Saúde da Família, referente à equipe e ao mês trabalhado que não geraram a transferência dos recursos; e

III - enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando a complementação de crédito, acompanhado da planilha referida no item I e do relatório de produção correspondente. No caso do Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria, acompanhada dos documentos referidos nos itens I e II.

A Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, por meio do Departamento de Atenção Básica, procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada, se houve suspensão do crédito em virtude da constatação de irregularidade no funcionamento das equipes e se a situação de qualificação do município ou do Distrito Federal, na competência reclamada, permite o repasse dos recursos pleiteados.

5 - DA SUSPENSÃO DO REPASSE DE RECURSOS DO PAB

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos do PAB aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, a saber:

- a) Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) - para os municípios e o Distrito Federal, caso tenham implantado ACS e/ou ESF e/ou ESB;
- b) Sistema de Informações Ambulatorial - SIA;
- c) Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM;
- d) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC;
- e) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN;
- f) Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN; e
- g) Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações SIS-PNI.

Considera-se alimentação irregular a ausência de envio de informações por 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados no período de um ano.

II - Forem detectados, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

5.1. Da suspensão do repasse de recursos do PAB variável

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos dos incentivos a equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal ao município e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de saúde ou por auditoria do DENASUS, alguma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;

II - ausência de qualquer um dos profissionais da equipe por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica e/ou;

III - o descumprimento da carga horária para os profissionais das Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal estabelecida nesta Política.

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos dos incentivos, relativos aos Agentes Comunitários de Saúde, ao município e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que

forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde, ou por auditoria do DENASUS, alguma das seguintes situações:

- I - inexistência de unidade de saúde cadastrada como referência para a população cadastrada pelos ACS e/ou;
- II - ausência de enfermeiro supervisor por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a legislação eleitoral impede a contratação de profissionais, nos quais será considerada irregular a ausência de profissional por e/ou;
- III - ausência de ACS, por período superior a 90 (noventa) dias consecutivos, e/ou;
- IV - descumprimento da carga horária estabelecida nesta Política, para os profissionais.

6 - DOS RECURSOS DE ESTRUTURAÇÃO

Na implantação das Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal os municípios e/ou o Distrito Federal receberão recursos específicos para estruturação das Unidades de Saúde de cada Equipe de Saúde da Família e para Equipes de Saúde Bucal, visando à melhoria da infra-estrutura física e de equipamentos das Unidades Básicas de Saúde para o trabalho das equipes.

Esses recursos serão repassados na competência financeira do mês posterior à implantação das equipes.

Caso a equipe implantada seja desativada num prazo inferior a 12 (doze) meses, contados a partir do recebimento do incentivo de estruturação, o valor recebido será descontado de futuros valores repassados aos Fundos de Saúde do Distrito Federal, do estado ou do município.

Em caso de redução do número de Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal, o município ou o Distrito Federal não farão jus a novos recursos de implantação até que seja alcançado o número de equipes já implantadas anteriormente.

O Ministério da Saúde disponibilizará, a cada ano, recursos destinados à estruturação da rede básica de serviços de acordo com sua disponibilidade orçamentária. A CIT pactuará os critérios para a seleção dos municípios e/ou do Distrito Federal.

Para o ano de 2006 serão disponibilizados recursos aos municípios:

- I - Que realizem residência médica em medicina de família e comunidade credenciada pelo CNRM; e
- II - Que em suas Unidades Básicas de Saúde recebam alunos de Cursos de Graduação contemplados no PROSAUDE.

O Ministério da Saúde publicará portaria específica com o montante disponibilizado, a forma de repasse, a listagem de contemplados e o cronograma de desembolso.

Esses recursos serão transferidos fundo a fundo aos municípios que se adequarem a esses critérios, e depositados em conta específica.

ANEXO I

AS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE SAÚDE BUCAL E DE ACS

As atribuições globais abaixo descritas podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local.

1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:

- I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersectoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

2 - SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

Além das atribuições definidas, são atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

Do Agente Comunitário de Saúde:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente à respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Do Enfermeiro do Programa Agentes Comunitários de Saúde:

I - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

II - supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;

III - facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;

IV - realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;

V - solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

VI - organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Enfermeiro:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Médico:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecobastricria, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

II - realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e

III - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Cirurgião Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;

VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Técnico em Higiene Dental (THD):

I - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

IV - apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e

V - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;

III - preparar e organizar instrumental e materiais necessários;

IV - instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;

V - cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

VI - organizar a agenda clínica;

VII - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e

VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

**ANEXO II
DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA**

**Quadros Para Projetos de Implantação – ACS/SF/SB
Caracterização Geral**

Nome ou nº da SF/SB.	Área geográfica de atuação (Nome do município / Bairro / Comunidade)	População estimada

Infra-Estrutura

Nome ou nº da ESF	Material Permanente			
	Existentes	Qtde.	A adquirir	Qtde.

Forma de contratação de recursos humanos

Profissional	Forma de recrutamento	Forma de seleção	Forma de contratação	Regime de trabalho
Médico				
Enfermeiro				
Auxiliar de enfermagem				
Agente comunitário de saúde				
Dentista				
Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)				
Técnico em Higiene Dental (THD)				
Outros profissionais (especificar)				

Quadro de Metas das Ações em Áreas Estratégicas

Nome ou nº da ESF	Área estratégica de atuação	Ações propostas para a ESF	Quantitativo de ações programadas por ano, por ESF
	Saúde da Criança		
	Saúde da Mulher		
	Controle do Diabetes		
	Controle da Hipertensão		
	Eliminação da Hanseníase		
	Controle da Tuberculose		
	Saúde Bucal		
	Eliminação da desnutrição infantil		
	Promoção da saúde		
	Saúde do Idoso		

Avaliação e acompanhamento das ações

Instrumento de Avaliação	Forma de acompanhamento proposta
SIAB	
Pacto de Atenção Básica	
Pacto de Gestão	
Outros (especificar)	

Quadro resumo de financiamento das áreas de implantação

Despesas	Despesas com pessoal	Despesas com material/manutenção.	Estruturação	TOTAL
Atual				
Proposta com SF/SB				

Receitas	Recursos municipais	Recursos estaduais	Incentivo Ministério da Saúde	TOTAL
Atual			PAB Fixo	
Proposta com SF/SB			?	

Definição das Referências na Média Complexidade

Ações de Referência	Nome e local da Unidade de Referência	Forma de Encaminhamento
Atendimentos especializados		
Atendimentos de urgência		
Exames de laboratório		
Radiodiagnóstico		
Ultra-sonografia		
Reabilitação		
Internação nas Clínicas Básicas		

ANEXO III
DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

SOLICITAÇÃO RETROATIVA DE COMPLEMENTAÇÃO DO REPASSE DOS INCENTIVOS
FINANCEIROS - ANO _____
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EQUIPES DE SAÚDE BUCAL E DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

MUNICÍPIO: _____ UF: _____

CÓDIGO IBGE: _____

COMPETÊNCIA: _____

TIPO DE INCENTIVO: CUSTEIO () ADICIONAL ()

ESF () ACS () ESB Mod I () ESB Mod II ()

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE: _____

MOTIVO DO NÃO CADASTRAMENTO NO _____

SIAB: _____

NOME DOS PROFISSIONAIS	CATEGORIA PROFISSIONAL	REGISTRO PROFISSIONAL / IDENTIDADE

NOME DA EQUIPE: Identificação da equipe através do nome por ela utilizado.

TIPO DE INCENTIVO: Identificar, inicialmente, se o incentivo é de custeio (aquele transferido mensalmente) ou é o adicional. Em seguida, marcar se é relativo a equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde ou equipes de saúde bucal, modalidade I ou II.

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS: Nome completo de cada profissional integrante da equipe, que não gerou incentivo.

CATEGORIA PROFISSIONAL: Identificar a categoria de cada profissional listado na coluna anterior

IDENTIDADE/ REGISTRO PROFISSIONAL: Informar, para o médico, enfermeiro e dentista, o registro profissional; e para os demais, digitar o número do documento de identidade,

DATA: _____

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE: _____

SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO: _____

Câmara Municipal de São Paulo

Folha 26
Proc. nº 01-039113
Isis Duarte Rodrigues
RF 11.207

Base de dados : legis

Pesquisa : 13271

Total de referências : 1

1/1

Título: LEI Nº 13.271 04/01/2002 ([ver documento](#))

Revogado(a) parcialmente

Ementa: Dispoe sobre a descentralização das ações e serviços de saúde no Município de São Paulo, com a criação de entidades autárquicas hospitalares de regime especial.

Projeto: Projeto de Lei Nº 483/2001 ([ver documento](#))

Autor(es): EXECUTIVO; Marta Suplicy

Regulamentação: Decreto nº 41.709/2002 - Regulamenta esta Lei. ([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.Revogação: Revoga a Lei nº 11.866/1995.; ([ver documento](#))Lei nº 14.669/2008 - Revoga o §5º do art. 20, o par. único do art. 23 e o Anexo III desta Lei. ([ver documento](#))Notas complet.: - Lei nº 13.355/2002 - Dispoe sobre a criação de empregos públicos de Medico, Enfermeiro e Auxiliar Tecnico Administrativo - Area Administração Geral, no Quadro das Autarquias Hospitalares Municipais Regionais, instituídas por esta Lei.
- Decreto nº 42.096/2002 - Estabelece a estrutura organizacional e o quadro provisorio de pessoal da Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Campo Limpo.
- Decreto nº 42.097/2002 - Estabelece a estrutura organizacional e o quadro provisorio de pessoal da Autarquia Hospitalar Municipal Regional Central.
- Decreto nº 42.098/2002 - Estabelece a estrutura organizacional e o quadro provisorio de pessoal da Autarquia Hospitalar Municipal Regional de Ermelino Matarazzo.
- Decreto nº 42.099/2002 - Estabelece a estrutura organizacional e o quadro provisorio de pessoal da Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Jabaquara.
- Decreto nº 42.100/2002 - Estabelece a estrutura organizacional e o quadro provisorio de pessoal da Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Tatuape.
- Decreto nº 47.107/2006 - Altera a denominação das Autarquias sob regime especial instituídas por esta Lei.Alterações: Lei 13.861/2004 - Altera o "caput" do art. 23 desta Lei.; ([ver documento](#))Lei 14.669/2008 - Altera os arts. 10, 11, 12 e 19 desta Lei.; ([ver documento](#))Lei 14.876/2009 - Acrescenta o art. 20-A a esta Lei. ([ver documento](#))[\[Back \]](#)

Dispõe sobre a descentralização das ações e serviços de saúde no Município de São Paulo, com a criação de entidades autárquicas hospitalares de regime especial.

HÉLIO BICUDO, Vice-Prefeito, em exercício no cargo de 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 19 de dezembro de 2001, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º - As ações e os serviços públicos de saúde serão prestados, no Município de São Paulo, em consonância com os princípios e as normas do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos pela Constituição Federal, Constituição Estadual, Lei Orgânica do Município de São Paulo, Leis Federais nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e Lei Complementar Estadual nº 791, de 9 de março de 1995.

Art. 2º - Ficam instituídas, no Município de São Paulo, vinculadas à Secretaria Municipal da Saúde, as seguintes Autarquias, sob regime especial, para a promoção e execução das ações e serviços públicos de saúde de atenção médico-hospitalar:

I - Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Tatuapé: constituída por Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio, Hospital Municipal Dr. Alexandre Zaio, Hospital Municipal Dr. Ignácio Proença de Gouvêa, Pronto-Socorro Municipal 21 de Junho, Pronto-Socorro Municipal Vila Maria Baixa e Pronto-Socorro Municipal Dr. Lauro Ribas Braga;

II - Autarquia Hospitalar Municipal Regional de Ermelino Matarazzo: constituída por Hospital Municipal Prof. Dr. Alípio Corrêa Netto, Hospital Municipal Tide Setúbal, Hospital Municipal Prof. Waldomiro de Paula, Pronto-Socorro Municipal Júlio Tupy, Pronto Atendimento Dra. Glória Rodrigues Santos Bonfim, Pronto Atendimento São Mateus e Pronto Atendimento Atualpa Girão Rabelo;

III - Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Jabaquara: constituída por Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya, Hospital Municipal Dr. Benedito Montenegro e Pronto-Socorro Dr. Augusto Gomes de Mattos;

IV - Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Campo Limpo: constituída por Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha, Pronto-Socorro Municipal Balneário São José, Pronto-Socorro Municipal Dona Maria Antonieta F. Barros, Pronto-Socorro Municipal Dr. José Sylvio de Camargo, Pronto Atendimento Jardim Macedônia e Pronto Atendimento Parelheiros;

V - Autarquia Hospitalar Municipal Regional Central: constituída por Hospital Municipal Infantil Menino Jesus, Hospital Municipal e Maternidade Prof. Mário Degni, Hospital Municipal Dr. José Soares Hungria, Pronto-Socorro Municipal Álvaro Dino de Almeida, Pronto-Socorro Municipal Prof. João Catarin Mezomo, Pronto-Socorro Municipal Dr. Caetano Virgílio Netto e Pronto-Socorro Municipal de Perus.

Parágrafo único - Cabe ao Executivo a realocação de unidades entre as Autarquias, para as compatibilizações necessárias em eventuais mudanças de regionalização da saúde e da implementação de Subprefeituras, Distritos e Integração com as redes estadual e federal do SUS, bem como a incorporação, às Autarquias ora criadas, de unidades hospitalares e de atendimento às emergências que vierem a ser criadas ou transferidas para a gestão municipal após a publicação desta lei.

Art. 3º - As Autarquias instituídas por esta lei serão dotadas de personalidade jurídica de direito público, sob regime especial, caracterizado por autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

§ 1º - As Autarquias terão sede e foro na cidade de São Paulo.

§ 2º - O Regulamento das Autarquias será elaborado pelo Secretário Municipal de Saúde, respeitadas as diretrizes do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 4º - As Autarquias ora criadas terão as seguintes atribuições, além das finalidades referidas no artigo 2º desta lei:

I - promover o desenvolvimento tecnológico e de atividades de ensino e pesquisa, incluindo a especialização técnica de profissionais da saúde;

II - estabelecer parcerias, convênios, acordos e ajustes com instituições públicas e privadas, preferencialmente aquelas sem fins lucrativos, obedecidas as normas de direito público, visando ao desenvolvimento de suas atribuições ou à complementação de ações e serviços de saúde de sua competência;

III - executar as ações e serviços de saúde definidos no Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, realizando as atividades nele previstas em seu âmbito territorial, obedecidos os princípios e normas que lhe são aplicáveis.

§ 1º - As atribuições das autarquias observarão os princípios e normas definidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 2º - Fica vedada a venda de produtos e de serviços a pessoas físicas ou jurídicas, mediante remuneração, por parte das Autarquias.

Art. 5º - A autonomia administrativa, financeira e patrimonial das Autarquias, bem como as prerrogativas e os direitos inerentes à sua personalidade jurídica de ente público descentralizado, serão exercidos, especialmente, pela capacidade de:

I - gestão administrativa:

a) organizar o quadro de pessoal necessário ao pleno desempenho das atribuições da Autarquia, de acordo com seus recursos orçamentários e a qualificação profissional, de forma a garantir a qualidade das ações e serviços;

b) normatizar o gerenciamento de pessoal, estabelecendo os casos de admissão e contratação temporária em casos de emergência, observada a legislação municipal vigente;

c) instituir políticas permanentes de formação e desenvolvimento de seus quadros;

d) aplicar as normas disciplinares, mediante o devido processo administrativo, nas infrações cometidas por seus servidores, nos termos da legislação municipal pertinente e da CLT, no que couber;

e) instituir mecanismos de controle de qualidade das ações e serviços prestados à população, regulando a relação médico-assistencial, os medicamentos e produtos que afetem a saúde;

f) estabelecer a política de organização interna de serviços e sua modernização;

II - gestão financeira e patrimonial:

a) elaborar participativamente a proposta orçamentária, discriminando receitas e despesas com base na estimativa da produção de serviços de seu Plano Anual de Trabalho;

b) administrar os recursos financeiros, os bens móveis e imóveis que estejam sob sua responsabilidade por força de lei, convênio ou consórcio;

c) controlar a execução orçamentária e a aplicação das dotações, bem como estabelecer normas internas de execução e controle do orçamento e remanejamento de verbas, sem prejuízo dos demais controles exercidos pelo Poder Executivo.

d) estabelecer sua própria política de materiais e equipamentos, em especial de informática, submetendo os projetos à prévia aprovação da Secretaria Municipal da Saúde.

Art. 6º - O patrimônio inicial das Autarquias será formado pelos bens imóveis municipais em que se situam as unidades que as integram, pelas benfeitorias existentes nos respectivos imóveis municipais e pelos bens móveis que guarnecem tais benfeitorias, conforme constante do Anexo I desta lei.

§ 1º - Fica o Executivo autorizado a transferir às Autarquias os bens relacionados no Anexo I desta lei.

§ 2º - Os bens patrimoniais somente serão alienados em conformidade com o disposto no artigo 112 da Lei Orgânica do Município.

Art. 7º - A receita das Instituições autárquicas será constituída por:

I - dotação anual da Prefeitura Municipal, consignada em seu orçamento;

II - recursos provenientes da prestação de serviços à União, Estado e Municípios, remunerados de acordo com a avaliação da produtividade e do desempenho global previstos nos planos da Autarquia ou em convênios firmados entre ela e a União, Estado e Municípios;

III - aplicações financeiras;

IV - auxílios e subvenções da União, Estado e Municípios;

V - recursos provenientes de acordos de cooperação e convênios voltados ao desenvolvimento de atividades próprias da Autarquia, desde que não impliquem na percepção de honorários profissionais particulares nem em compromissos ou contrapartidas em desacordo com os critérios de universalidade e equidade;

VI - recursos provenientes de operações de crédito, incluídas aquelas efetuadas a título de fundo perdido;

VII - doações e legados;

VIII - rendas patrimoniais, eventualmente auferidas; o Conselho Deliberativo e Fiscalizador especificará os

IX - recursos provenientes de ressarcimento ao SUS por parte de pessoas jurídicas de direito privado que operem planos de saúde, seguros saúde ou outra modalidade assistencial de medicina em grupo, em razão de atendimento prestado pelo SUS aos seus associados, nos termos da Lei Federal 9.656 de 03 de junho de 1998 e Lei Estadual 9.058 de 29 de dezembro de 1994.

§ 1º - A subvenção do Município às Autarquias fica condicionada à aprovação, pelo Secretário Municipal da Saúde, dos respectivos Planos Anuais de trabalho.

§ 2º - As doações, legados e subvenções, quando onerosas, somente poderão ser aceitas mediante autorização do Secretário Municipal da Saúde, precedida de parecer do Conselho Deliberativo e Fiscalizador da Autarquia e do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 8º - Cada Autarquia será constituída por:

I - Conselho Deliberativo e Fiscalizador - órgão de deliberação máxima, controle e fiscalização;

II - Superintendência - órgão de direção e administração superior, contando com:

a) Gabinete do Superintendente;

b) Assessoria Jurídica;

c) Assessoria Técnica de Apoio às Informações Gerenciais;

d) Departamento Administrativo-Financeiro;

e) Departamento de Gestão de Pessoal;

f) Departamentos Hospitalares;

g) Divisões de Pronto-Socorros e de Pronto-Atendimento;

h) Seção Jurídica.

Art. 9º - O Conselho Deliberativo e Fiscalizador de cada Autarquia terá composição tripartite e será constituído por 12 (doze) membros e respectivos suplentes, nomeados pelo Secretário Municipal, de acordo com a seguinte distribuição:

I - 3 (três) representantes do Poder Executivo Municipal, indicados pelo Secretário Municipal de Saúde, sendo que 1 (um) será escolhido entre os Diretores de Distritos de Saúde;

II - 3 (três) representantes dos servidores, eleitos por seus pares, no âmbito de cada Autarquia;

III - 6 (seis) representantes dos usuários dos serviços de saúde da Autarquia, indicados pelo segmento dos usuários do Conselho Municipal de Saúde.

§ 1º - Os membros do Conselho Deliberativo e Fiscalizador e seus suplentes serão indicados pelos órgãos e segmentos representados;

§ 2º - Os suplentes substituirão os respectivos titulares em seus impedimentos e, em caso de vacância, assumirão a titularidade da representação pelo restante do mandato.

§ 3º - É vedada a indicação do Superintendente da Autarquia para compor o Conselho Deliberativo e Fiscalizador, na condição de membro, sendo permitida sua participação nas reuniões, quando convidado, com direito a voz, mas sem direito a voto.

§ 4º - É vedado aos membros do Conselho Deliberativo e Fiscalizador integrarem, simultaneamente, o mesmo órgão de outra Autarquia; ainda que na condição de suplentes.

§ 5º - Os membros do Conselho exercerão o mandato por 2 (dois) anos, permitida 1 (uma) recondução.

§ 6º - O Conselho será presidido por um dos representantes do Poder Executivo Municipal.

§ 7º - O Conselho reunir-se-á, ordinária e obrigatoriamente 1 (uma) vez por mês, no mínimo, com a presença da maioria de seus membros, mediante convocação de seu Presidente, ou por solicitação da maioria de seus componentes, dirigida à mesma autoridade.

§ 8º - As decisões do Conselho serão tomadas por maioria simples de votos, exceto no que se refere à matéria constante do inciso IX do artigo 10 desta lei, que requererá maioria qualificada, cabendo ao seu Presidente, em casos de empate, o voto de qualidade.

§ 9º - As atividades exercidas pelos membros do Conselho serão consideradas relevante serviço público, não sendo remuneradas.

§ 10 - O Regimento Interno do Conselho Deliberativo e Fiscalizador especificará os requisitos exigidos para os membros do Conselho e seus suplentes, bem como os casos de impedimentos decorrentes da perda de mandato, de dispensa ou de vacância.

§ 11 - Os representantes de que trata o inciso III não poderão estar nomeados em cargos de provimento em comissão, manter relações formais e/ou remuneradas com o Poder Executivo, Legislativo e Judiciário, não poderão ser servidores da saúde - do setor público ou privado - e não poderão pertencer à diretoria de entidades sindicais ou profissionais da área da saúde.

Art. 10 - O Conselho Deliberativo e Fiscalizador da Autarquia terá as seguintes atribuições:

I - traçar diretrizes para as atividades da autarquia;

II - orientar, de comum acordo com o Superintendente, o exercício da gestão

administrativa, financeira e patrimonial referidas no artigo 5º;

III - elaborar e aprovar seu Regimento Interno, observado o disposto no § 10 do artigo 9º desta lei, dentro de 30 (trinta) dias a partir de sua constituição;

IV - apreciar e aprovar anualmente, nos prazos fixados no Regulamento, a proposta orçamentária da autarquia, submetendo-a à aprovação do Secretário Municipal da Saúde;

V - fiscalizar a execução orçamentária, apreciar e aprovar, nos prazos fixados no Regulamento, a prestação de contas da Autarquia antes de seu encaminhamento aos órgãos de controle interno e externo, submetendo-a à aprovação do Conselho Municipal de Saúde e ao Secretário Municipal da Saúde;

VI - aprovar convênios, ajustes ou acordos com entidades públicas e privadas, submetendo-os à aprovação do Secretário Municipal da Saúde;

VII - mediante proposta do Superintendente:

a) aprovar, no âmbito da autarquia, no prazo fixado no regulamento, e encaminhar ao Secretário Municipal da Saúde para aprovação final, e ao Conselho Municipal de Saúde, para apreciação, o Plano Anual de Trabalho da Autarquia, Plano Plurianual de Investimentos e Plano Diretor de Recursos Humanos;

b) deliberar sobre incentivos funcionais, com base em critérios de especificidade e complexidade de atribuições, produtividade, qualidade das ações em equipe, local de exercício, carga horária, riscos inerentes à profissão e outros fatores determinados em lei;

c) aprovar programas de desenvolvimento e formação permanente do pessoal técnico, administrativo e de direção da Autarquia;

d) deliberar sobre a alienação de bens patrimoniais móveis;

e) aprovar o quadro de pessoal e a estrutura organizacional;

VIII - constituir-se em instância recursal de sanções disciplinares aplicadas pelo Superintendente;

IX - avaliar o desempenho do Superintendente e propor, se for o caso, sua exoneração, nas hipóteses de desempenho insatisfatório do cargo, respeitado o direito de defesa;

X - formular sugestões à Superintendência, no tocante ao aperfeiçoamento dos serviços da entidade;

XI - instituir mecanismos de ouvidoria na Autarquia;

XII - garantir a integração, nos projetos da Autarquia, das ações e serviços previstos nos Planos Distrital, Municipal e Estadual de Saúde, em sua área de abrangência, bem como de ações, projetos e programas intersetoriais que se façam necessários à saúde e à qualidade

Folha 28
Proc. nº 01.0319/13
Isis Duarte Rodrigues
RF 11.207

de vida da população;

XIII - deliberar sobre outros assuntos que lhe forem submetidos, a pedido do Superintendente ou a pedido de um terço dos membros do Conselho Deliberativo e Fiscalizador.

Art. 11 - O Superintendente será nomeado, em comissão, pelo Prefeito, a partir de lista tríplice elaborada pelo Secretário Municipal de Saúde, dentre profissionais Médicos, com curso de Administração Hospitalar ou Administração de Serviços de Saúde ou Administração em Saúde Pública.

onde constem informações curriculares, cópias das declarações de renda dos últimos 5 (cinco) anos, relacionando todas as empresas de que participaram.

§ 2º - No caso de exoneração do cargo do Superintendente, o Secretário Municipal da Saúde designará, por período não superior a 90 (noventa) dias, Superintendente Interino que atenda às exigências curriculares já previstas para o cargo.

Art. 12 - Compete ao Superintendente:

I - dirigir a autarquia em consonância com as diretrizes e normas emanadas do Sistema Único de Saúde - SUS, do Conselho Deliberativo e Fiscalizador e do Plano Anual de Trabalho;

II - elaborar e submeter o Plano Anual de Trabalho, o Plano Plurianual de Investimentos e o Plano Diretor de Recursos Humanos à aprovação do Conselho Deliberativo e Fiscalizador;

III - representar a Autarquia judicial e extrajudicialmente;

IV - exercer as funções executivas da Autarquia;

V - gerenciar o quadro de pessoal da Autarquia, provendo cargos e empregos e contratando servidores temporários, formalizando as respectivas nomeações, exonerações e dispensas, bem como autorizando comissionamentos, nos termos da legislação aplicável;

VI - autorizar afastamentos de servidores para participação em cursos, seminários e congressos, quando no interesse da Autarquia, nos termos da legislação em vigor, disponibilizando para fiscalização do Conselho Deliberativo e Fiscalizador relatórios das respectivas participações;

VII - nomear e exonerar os ocupantes de cargos de direção e assessoramento da Autarquia;

VIII - autorizar a instauração de sindicâncias e procedimentos disciplinares, garantindo o direito de defesa, e aplicar penalidades, observadas as normas da CLT, suplementadas, no que couber, pelas disposições da Lei nº 8.989/79;

IX - apreciar e deliberar sobre recursos interpostos das decisões de Diretores de Divisões de Departamentos;

X - submeter, trimestralmente, ao Conselho Deliberativo e Fiscalizador as prestações de contas da Autarquia e de seus órgãos;

XI - constituir Comissões de Licitação, designando seus membros entre funcionários do quadro de pessoal da Autarquia, inclusive seu Presidente, devendo este último, ser portador de diploma de nível universitário;

XII - autorizar a abertura ou a dispensa de licitação em qualquer modalidade, fundamentada em projetos técnicos básicos previamente definidos pela Superintendência, cujos parâmetros serão estabelecidos na regulamentação, e prestando as pertinentes informações ao Conselho Deliberativo e Fiscalizador;

XIII - homologar licitações;

XIV - autorizar reajustes de preços contratuais, bem como a prorrogação e a rescisão de contratos, a revogação de licitações e a aplicação de penalidades contratuais;

XV - autorizar pagamentos e adiantamentos, na forma prevista na legislação aplicável, respeitadas a precedência e a ordem cronológica;

XVI - autorizar a abertura de créditos adicionais;

XVII - assinar convênios, contratos, acordos e ajustes com entidades públicas ou privadas, observado o § 2º do artigo 4º;

XVIII - delegar atribuições e funções a servidores da Autarquia.

Art. 13 - À Assessoria Jurídica compete assessorar o Superintendente, o Conselho Deliberativo e Fiscalizador e as demais unidades que compõem a respectiva Autarquia, nos assuntos jurídicos, emitindo pareceres, opinando sobre projetos de lei e decretos e cumprindo outras tarefas afins.

Art. 14 - À Assessoria Técnica de Apoio às Informações Gerenciais cabe: o assessoramento e a operacionalização das atividades de informática; a centralização e a coordenação das informações gerenciais fornecidas periodicamente pelos departamentos, divisões e demais unidades que constituem a respectiva Autarquia, para fins de apresentação de relatórios, com demonstrativos parciais e gerais; a organização de um banco de dados e a realização de estudos e levantamentos estatísticos de assuntos pertinentes.

Art. 15 - Ao Departamento Administrativo-Financeiro compete: assegurar apoio administrativo, material, de transportes e demais serviços necessários ao desempenho de todas as unidades da respectiva Autarquia; controlar a movimentação de papéis e documentos da Autarquia; elaborar a proposta orçamentária; promover a execução orçamentária e a aplicação das dotações, realizar serviços de natureza contábil e financeira, organizar e atualizar o registro cadastral das empresas individuais e sociedades civis e comerciais para participação em licitações de todas as unidades da Autarquia e executar outras atividades pertinentes.

Art. 16 - Ao Departamento de Gestão de Pessoal compete: planejar e elaborar programas de treinamento e desenvolvimento de pessoal; ministrar cursos de capacitação profissional; elaborar a folha de pagamento, preparar e manter os prontuários de pessoal de todas as unidades que constituem a respectiva autarquia; manter atualizados o quadro funcional e as informações de pessoal; elaborar folhas de ocorrências; exercer o controle permanente do pessoal e outras atividades afins.

Art. 17 - Cada Departamento Hospitalar será constituído por um dos hospitais municipais indicados nos Incisos do artigo 2º desta lei, mantidas suas competências, estruturas e atribuições previstas em lei.

Art. 18 - Cada Divisão de Pronto-Socorro ou de Pronto Atendimento será constituída por um Pronto-Socorro ou um Pronto Atendimento, indicados nos incisos do artigo 2º desta lei, mantidas suas competências, estruturas e atribuições previstas em lei.

Art. 19 - À Seção Jurídica compete a execução do serviço jurídico das unidades que compõem a respectiva Autarquia, cabendo-lhe processar os feitos disciplinares, officiar nos processos administrativos e nas ações judiciais em que a Autarquia figure como parte, terceiro ou interessada, na forma prevista na legislação municipal vigente.

Art. 20 - O quadro de pessoal das Autarquias será constituído por pessoal próprio, mediante contrato regido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, após prévia aprovação em concurso público, bem como por servidores municipais postos à disposição das Autarquias.

§ 1º - Aos atuais servidores do quadro de pessoal das unidades da Secretaria Municipal da Saúde incorporadas às Autarquias instituídas por esta lei, fica assegurado o direito de permanecerem na Administração Direta, podendo ser relatados em outras unidades da Secretaria Municipal da Saúde, ou de optarem por prestar serviços nas autarquias, nos termos do artigo 45 da Lei nº 8.989, de 29 de outubro de 1979, mantido o regime estatutário, podendo, inclusive, exercer cargos em comissão, optando ou não pelos vencimentos destes.

§ 2º - Todo servidor vinculado às Unidades constantes do artigo 2º será convocado pelo Executivo para manifestar seu direito de opção mencionado no parágrafo anterior deste artigo, sendo-lhe assegurado o prazo de 30 (trinta) dias para manifestação a partir da convocação.

§ 3º - Deverão ser previstos, pelas autarquias, plano de carreira, cargos e salários específicos, sendo, ainda, obrigatórias a criação e a atualização de um Plano Diretor de Recursos Humanos, que conterá normas relativas a:

a) critérios para ingresso, ocupação de cargos, quadros de lotação, movimentação,

Folha 29
Proc. nº 01.0399/13
Isis Duarte Rodrigues
RF 11.207

promoção e desenvolvimento educacional, técnico profissional e cultural de seus trabalhadores, objetivando atender às peculiaridades ou especificidades do trabalho executado, em função do pleno cumprimento da finalidade da instituição;

b) estímulo ao regime de tempo integral e à dedicação exclusiva, cujo provimento poderá ser feito pela prestação de serviços na própria instituição ou em outras unidades de saúde da rede à qual se integra a instituição;

c) instituição de um sistema de incentivo à qualidade das ações e dos serviços e do trabalho em equipe, ao cumprimento de metas de atendimento e ao uso da plena capacidade instalada, com a criação do Prêmio Qualidade, a ser conferido a equipes pelo desempenho alcançado, com base em indicadores qualitativos;

d) criação de uma instância gestora colegiada permanente, com participação paritária de representantes da direção e de sindicatos dos trabalhadores, incumbida de, mediante acordo coletivo de trabalho, definir normas referentes ao processo de trabalho e encaminhar soluções relativas a conflitos de interesses entre a Autarquia e os servidores;

e) adoção de procedimentos de avaliação do volume e da qualidade das ações e dos serviços prestados e do desempenho individual e coletivo dos servidores e da entidade, visando à fixação de critérios operacionais para o sistema de incentivo à qualidade e produtividade, à política de desenvolvimento e formação permanente e ao desenvolvimento do plano de carreira, cargos e salários;

§ 4º - O quadro de pessoal das Autarquias contará com cargos em comissão, criados e transformados nos termos do Anexo II desta lei, e deverá ser estruturado com a utilização dos atuais cargos e funções das unidades hospitalares do Município de São Paulo.

§ 5º - Ficam criados, em cada Autarquia, 02 (dois) empregos públicos de Procurador para compor a respectiva Seção Jurídica, nos termos do Anexo III desta lei.

§ 6º - Ficam criados 17 (dezessete) empregos públicos de Administrador Hospitalar, sendo 1 (um) para cada Autarquia e 1 (um) para cada unidade hospitalar, integrante desta lei, na forma do Anexo IV.

§ 7º - O total de empregos e de cargos dos quadros das Autarquias especiais ora instituídas corresponderá ao total atualmente existente nas unidades hospitalares do Município de São Paulo, além dos cargos em comissão e os empregos criados por esta lei.

§ 8º - Qualquer alteração no quadro de pessoal das Autarquias dependerá de prévia aprovação do Conselho Deliberativo e Fiscalizador.

Art. 21 - As Autarquias deverão apresentar Planos Anuais de Trabalho, Plano Plurianual de Investimentos e Plano Diretor de Recursos Humanos aprovados pelo Conselho Deliberativo e Fiscalizador, em consonância com os planos distritais, regionais e municipal de saúde respeitada sua especificidade, que serão submetidos à apreciação do Conselho Municipal de Saúde, o que deverá ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar do seu recebimento, e à aprovação do Secretário Municipal de Saúde, respeitado prazo igual, contemplando, obrigatoriamente:

I - objetivos e metas baseadas em indicadores de produção de serviços e base epidemiológica, expressos em termos quantitativos e qualitativos, a fim de explicitar o impacto pretendido nas condições de saúde e qualidade de vida da população em suas áreas de abrangência;

II - previsão dos mecanismos de articulação entre a Autarquia e o restante da rede de serviços de saúde da região, em particular dos fluxos de referência e contra-referência;

III - critérios e mecanismos objetivos de avaliação do desempenho da Autarquia, através de indicadores de produtividade e de qualidade;

IV - previsão dos recursos necessários para concretização das metas definidas;

V - a Autarquia deverá publicar a cada 180 (cento e oitenta) dias, em Imprensa Oficial, mantendo disponível na Internet, os "Indicadores Hospitalares de Qualidade".

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 22 - Poderão as Autarquias ora instituídas contratar servidores, temporariamente, em conformidade com o disposto no artigo 108 da Lei Orgânica do Município, enquanto não

realizados os concursos públicos para provimento de seu quadro de pessoal.

Art. 23 - O Executivo promoverá a estruturação dos quadros de pessoal das Autarquias especiais, nos termos previstos no artigo 13 da Lei Orgânica do Município, no prazo de 90 (noventa) dias, a contar da data da publicação desta lei.

Parágrafo único - Até que sejam estruturados quadros de pessoal e providos os respectivos empregos públicos, a representação processual das Autarquias ficará a cargo da Procuradoria Geral do Município de São Paulo.

Art. 24 - Cada Autarquia terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a partir da publicação desta lei, para constituir seu Conselho Deliberativo e Fiscalizador.

Art. 25 - A eleição dos membros do Conselho Deliberativo e Fiscalizador será regulamentada pelo Executivo e deverá realizar-se dentro de 45 (quarenta e cinco) dias, a contar da data da publicação desta lei.

Art. 26 - No interregno compreendido entre o início da vigência desta lei e a eleição dos novos representantes do Conselho Deliberativo e Fiscalizador, poderão ser designados tais membros pelo Secretário Municipal da Saúde, mantidos, eventualmente, se posteriormente eleitos, na forma prevista no artigo 9º desta lei.

Art. 27 - Fica o Executivo autorizado a realocar os saldos das dotações orçamentárias da Secretaria Municipal da Saúde para a atividade a ser criada no orçamento vigente, denominada "Transferências às Autarquias Hospitalares".

Parágrafo único - As Autarquias ora instituídas elaborarão seus orçamentos para o exercício de 2002, respeitando no conjunto o saldo da dotação orçamentária da atividade "Transferência às Autarquias Hospitalares".

Art. 28 - A fiscalização contábil e financeira das Autarquias será exercida pela Secretaria de Finanças e Desenvolvimento Econômico - SF.

Parágrafo único - A publicação de todos os atos administrativos das autarquias será feita, obrigatoriamente, pelo Diário Oficial do Município, sem prejuízo, no que couber, do cumprimento das normas administrativas previstas na Lei Orgânica do Município e demais da legislação ordinária.

Art. 29 - Ficam as Autarquias autorizadas a adotar as medidas preliminares atinentes à sua organização e funcionamento, observado o disposto nesta lei.

Art. 30 - As Autarquias ora criadas deverão organizar e manter em funcionamento Comissões Internas de Prevenção de Acidentes - CIPA's, nos termos da Lei 13.174, de 5 de setembro de 2001.

Art. 31 - Para a primeira investidura nos empregos públicos, as Autarquias poderão aproveitar concursos públicos em vigor no âmbito da Administração Pública Direta ou Indireta para o preenchimento dos mesmos, mediante concordância expressa dos candidatos aprovados quanto ao seu regime de contratação.

Art. 32 - O Poder Executivo Municipal regulamentará a presente lei no prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 33 - As despesas com a execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 34 - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, em especial a Lei nº 11.866, de 13 de setembro de 1995.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 04 de janeiro de 2002, 448º da fundação de São Paulo.

Hélio Bícudo, Prefeito em Exercício

ILZA REGINA DEFILIPPI DIAS, Respondendo pelo Cargo de Secretária dos Negócios Jurídicos

FERNANDO HADDAD, Respondendo pelo Cargo de Secretário de Finanças e Desenvolvimento Econômico

EDUARDO JORGE MARTINS ALVES SOBRINHO, Secretário Municipal da Saúde

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 04 de janeiro de 2002.

RUI GOETHE DA COSTA FALCÃO, Secretário do Governo Municipal

Folha nº 01 - 0399113
Proc. nº 11.207
Isis Duarte Rodrigues
30

Saúde de São Miguel - ARS-6 (1)

(Leis nº 10.869/90 e nº 13.169/01) DAS-14 2 Livre provimento em comissão pelo Prefeito, dentre portadores de diploma de nível superior. Diretor de Departamento Técnico

- Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha (Campo Limpo), da Autarquia

Hospitalar Municipal Regional do Campo Limpo (1)

- Hospital Municipal Dr. Alípio Corrêa Netto (Ermelino Matarazzo), da Autarquia Hospitalar Municipal Regional de Ermelino Matarazzo (1) DAS-14 2 Livre provimento em comissão pelo Superintendente, dentre portadores de diploma de Médico.

Assessor Técnico

- Autarquia Hospitalar Municipal Regional: do Tatuapé (2); de Ermelino Matarazzo (2); do Jabaquara (2); do Campo Limpo (2) e Central (2) DAS-12 10 Livre provimento em comissão pelo Superintendente, dentre portadores de diploma de nível superior com curso de administração hospitalar ou saúde pública ou serviços de saúde.

Assessor Técnico

- Autarquia Hospitalar Municipal Regional: do Tatuapé (2); de Ermelino Matarazzo (2); do Jabaquara (2); do Campo Limpo (2) e Central (2) DAS-12 10 Livre provimento em comissão pelo Superintendente, dentre portadores de diploma de médico com curso de administração hospitalar ou saúde pública ou serviços de saúde.

Assessor Jurídico

- Autarquia Hospitalar Municipal Regional: do Tatuapé (2); de Ermelino Matarazzo (2); do Jabaquara (2); do Campo Limpo (2) e Central (2) DAS-12 10 Livre provimento em comissão pelo Superintendente, dentre advogados com experiência comprovada em Administração Hospitalar ou Direito Administrativo.

Oficial de Gabinete

- Autarquia Hospitalar Municipal Regional: do Tatuapé (1); de Ermelino Matarazzo (1); do Jabaquara (1); do Campo Limpo (1) e Central (1) DAI-5 5 Livre provimento em comissão pelo Superintendente, dentre portadores de diploma de ensino médio.

ANEXO III A QUE SE REFERE O § 5º DO ARTIGO 20 DA LEI Nº 13.271, DE 04 DE JANEIRO DE 2002

Qtde. Emprego Público Ref. Forma de Preenchimento

10 Procurador PR-1 Mediante concurso público de provas ou de provas e títulos, exigido o diploma de curso superior de Direito e registro na OAB.

ANEXO IV A QUE SE REFERE O § 6º DO ARTIGO 20 DA LEI Nº 13.271, DE 04 DE JANEIRO DE 2002

Qtde. Emprego Público Ref. Forma de Preenchimento

17 Administrador Hospitalar AH-1 Mediante concurso público de provas ou de provas e títulos, exigido o diploma de graduação em Administração Hospitalar.

Folha 32
Proc. nº 01.0219/13
Isis Duarte Rodrigues
RF 11.207

Câmara Municipal de São Paulo

Folha 33
Proc. nº 01-079913

Base de dados : legis

Pesquisa : 13861

Total de referências : 1

Isis Duarte Rodrigues
RF 11.207

1/1

Título: LEI Nº 13.861 29/06/2004 ([ver documento](#))

Sem revogação expressa

Ementa: Dispõe sobre a concessão de vantagens aos servidores municipais que especifica.

Projeto: Projeto de Lei Nº 304/2004 ([ver documento](#))

Autor(es): EXECUTIVO; Marta Suplicy

Regulamentação: Decreto nº 45.323/2004 - Regulamenta o art. 17 desta Lei.; ([ver documento](#))Decreto nº 45.421/2004 - Regulamenta o art. 16 desta Lei. ([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.

Alterações: Lei 15.329/2010 - Estende a Gratificação Especial pelo Exercício de Atividades Cenotécnicas e de Palco, instituída pelo art. 16 desta Lei, aos ocupantes de funções de Mecânico de Máquinas de Palco. ([ver documento](#))[\[Back \]](#)

Art. 16. Fica instituída a Gratificação Especial pelo Exercício de Atividades Cenotécnicas e de Palco, a ser concedida aos ocupantes de cargos e funções de Carpinteiro de Cena, Ref. AA-1; Costureiro, Ref. AA-2; Encarregado de Instrumentos da Orquestra Sinfônica Municipal, Ref. AA-5; Encarregado Geral (Eq. T. Municipal), Ref. AA-1; Encarregado Geral de Cenotécnica, Ref. AA-4; Encarregado Geral de Sonoplastia, Ref. AA-4; Iluminador Cênico, Ref. AA-3; Montador, Ref. AA-3; Montador de Conjunto Artístico, Ref. AA-3; Operador de Equipamentos Eletrônicos, Ref. AA-3; Projecionista, Ref. AA-3; Sonoplasta, Ref. AA-3; e Técnico de Máquinas de Palco, Ref. AA-3, no valor correspondente a 1% (um por cento) da Ref. AA-22, do Quadro de Atividades Artísticas, por hora trabalhada, não excedendo 30 (trinta) horas mensais.

§ 1º A Gratificação Especial pelo Exercício de Atividades Cenotécnicas e de Palco, ora instituída, será devida apenas enquanto o servidor se encontrar no efetivo exercício das atribuições próprias do cargo ou função, com efeitos pecuniários a partir de 1º de junho de 2004.

§ 2º A Gratificação de que trata este artigo não tem natureza salarial ou remuneratória, não se incorpora à remuneração, não deve ser computada para efeito de cálculo de 13º salário e não constitui base de cálculo de contribuição previdenciária ou de assistência à saúde.

§ 3º O disposto neste artigo será regulamentado por decreto.

Art. 17. À servidora municipal submetida a jornada igual ou superior a 30 (trinta) horas de trabalho semanais, fica assegurada a redução de, no máximo, 1 (uma) hora por dia de trabalho, para amamentar seu filho até que este venha a completar 12 (doze) meses de idade.

§ 1º O período de 12 (doze) meses previsto no "caput" poderá ser dilatado, quando a saúde da criança o exigir, a critério do Departamento de Saúde do Trabalhador Municipal - DESAT.

§ 2º O disposto neste artigo será regulamentado por decreto.

Art. 18. As despesas com a execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 19. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 29 de junho de 2004, 451º da fundação de São Paulo.

MARTA SUPLICY, PREFEITA

LUIZ TARCÍSIO TEIXEIRA FERREIRA, Secretário dos Negócios Jurídicos

LUÍS CARLOS FERNANDES AFONSO, Secretário de Finanças e Desenvolvimento Econômico

MÔNICA VALENTE, Secretária Municipal de Gestão Pública

GONZALO VECINA NETO, Secretário Municipal da Saúde

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 29 de junho de 2004.

JILMAR AUGUSTINHO TATTO, Secretário do Governo Municipal

Folha 35
Proc. nº 01.0397/13
Isis Duarte Rodrigues
RF 11.207

Câmara Municipal de São Paulo

Folha 36
 Proc. nº 01.0299/13
 Isis Duarte Roubiques
 RF 11.207

Base de dados : legis

Pesquisa : 14669

Total de referências : 1

1/1

Título: LEI Nº 14.669 14/01/2008 ([ver documento](#))

Sem revogação expressa

Ementa: Altera a estrutura e as atribuições das Autarquias Hospitalares Municipais Regionais; introduz modificações na Lei nº 13.271, de 4 de janeiro de 2002, e na Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006; dispõe sobre a denominação e a forma de provimento dos cargos em comissão que específica; atribui competência à Procuradoria Geral do Município para representar judicialmente o Instituto de Previdência Municipal - IPREM.

Projeto: Projeto de Lei Nº 642/2007 ([ver documento](#))

Autor(es): EXECUTIVO; Gilberto Kassab

Regulamentação: Decreto nº 49.231/2008 - Regulamenta o §11 do art. 1º desta Lei.; ([ver documento](#))
 Decreto nº 49.462/2008 - Regulamenta o inciso I do §1º do art. 2º desta Lei.; ([ver documento](#))

Decreto nº 50.478/2009 - Regulamenta o §11 do art. 1º 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.

Revogação: Revoga o §5º do art. 20, o par. único do art. 23 e o Anexo III da Lei nº 13.271/2002;; ([ver documento](#))

Revoga o §3º do art. 3º da Lei nº 13.552/2003. ([ver documento](#))

[[Back](#)]

LEI Nº 14.669, DE 14 DE JANEIRO DE 2008

(Projeto de Lei nº 642/07, do Executivo, aprovado na forma de Substitutivo do Legislativo)

Altera a estrutura e as atribuições das Autarquias Hospitalares Municipais Regionais; introduz modificações na Lei nº 13.271, de 4 de janeiro de 2002, e na Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006; dispõe sobre a denominação e a forma de provimento dos cargos em comissão que especifica; atribui competência à Procuradoria Geral do Município para representar judicialmente o Instituto de Previdência Municipal - IPREM.

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 19 de dezembro de 2007, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º. As Autarquias Hospitalares Municipais Regionais Norte e Centro-Oeste passam, respectivamente, a denominar-se Autarquia Hospitalar Municipal e Autarquia Municipal de Serviços Auxiliares de Saúde.

§ 1º. Ficam extintas as Autarquias Hospitalares Municipais Regionais Sul, Leste e Sudeste.

§ 2º. Observado o disposto no art. 2º desta lei, as atribuições, as unidades administrativas, o pessoal, os cargos em comissão, o patrimônio, o acervo documental e as dotações orçamentárias das autarquias referidas no § 1º ficam transferidas para a Autarquia Hospitalar Municipal.

§ 3º. Ficam também transferidos para a Autarquia Hospitalar Municipal referida no "caput" deste artigo os hospitais e prontos-socorros que integram a Autarquia Municipal Regional Centro-Oeste, com as respectivas atribuições, unidades administrativas, pessoal, cargos em comissão, patrimônio, acervo documental e dotações orçamentárias.

§ 4º. As Secretarias Municipais de Gestão e de Saúde supervisionarão o processo de inventário das autarquias e unidades ora transferidas, que ficará a cargo da Autarquia Hospitalar Municipal.

§ 5º. No curso do processo de inventário e até a conclusão da transferência prevista nos §§ 2º e 3º, a continuidade da prestação dos serviços afetos às unidades transferidas ficará sob a supervisão da Autarquia Hospitalar Municipal.

§ 6º. Os processos judiciais em que as autarquias referidas nos §§ 2º e 3º sejam partes, ativa ou passivamente, serão transferidos para a Autarquia Hospitalar Municipal, na qualidade de sucessora.

§ 7º. A transferência das unidades de que trata este artigo será realizada mediante inventário de seus bens imóveis e de seu acervo físico, documental e material, bem como dos contratos e convênios, com a adoção, pela Autarquia Hospitalar Municipal, de providências dirigidas à manutenção e ao prosseguimento da prestação dos serviços a cargo dessas unidades, nos termos da legislação aplicável em cada caso.

§ 8º. Os recursos e as receitas orçamentárias de qualquer natureza destinados às entidades ora extintas e às transferidas serão utilizados durante o processo de inventário na manutenção e financiamento das atividades e serviços prestados até a conclusão da transferência prevista nos §§ 2º e 3º.

§ 9º. A Autarquia Municipal de Serviços Auxiliares de Saúde terá por atribuição a execução de atividades de apoio e disponibilização dos meios materiais e humanos necessários ao desenvolvimento das atividades inerentes, acessórias ou complementares à prestação de serviços da Secretaria Municipal da Saúde e da Autarquia Hospitalar Municipal, quaisquer que sejam, e sua estrutura organizacional será adequada a essa finalidade, mediante decreto.

§ 10. O Poder Executivo poderá utilizar cargos em comissão, vagas de empregos, patrimônio e dotações orçamentárias não alocados nas atividades hospitalares finalísticas da Autarquia Hospitalar Municipal, para a implantação da Autarquia Municipal de Serviços Auxiliares de Saúde.

§ 11. Os procedimentos de organização das Autarquias previstas no "caput" terão início imediato a partir da publicação desta lei, cabendo ao Executivo concluí-los no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, mediante decreto, que estabelecerá as respectivas estruturas organizacionais.

Art. 2º. Competirá ao Poder Executivo firmar contrato de gestão na forma prevista na Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais, alterada pelo art. 7º da Lei nº 14.482, de 16 de julho de 2007, com o objetivo de absorver as atividades desempenhadas por unidades de saúde integrantes da estrutura organizacional da Autarquia Hospitalar Municipal a que se refere o art. 1º desta lei e da Secretaria Municipal da Saúde, a fim de assegurar a execução dessas atividades no âmbito territorial de forma integrada por organização social.

§ 1º. Observadas as disposições deste artigo, caberá ao Poder Executivo, mediante Comunicado de Interesse Público, identificar as unidades de saúde cujas atividades serão objeto da parceria, bem como dispor sobre a realocação das respectivas unidades administrativas delas integrantes na Autarquia Hospitalar Municipal e Autarquia Municipal de Serviços Auxiliares de Saúde ou na Secretaria Municipal da Saúde, e, nas mesmas bases e condições, sobre:

I - o aproveitamento dos empregados públicos e servidores que se encontrem prestando serviços nessas unidades;

II - a extinção ou aproveitamento de cargos em comissão e vagas de emprego.

§ 2º. As Secretarias Municipais de Gestão e de Saúde supervisionarão o processo de inventário dos bens imóveis, acervo físico, documental e material, bem como dos contratos e convênios das unidades de saúde cujas atividades forem absorvidas na forma do "caput" deste artigo.

§ 3º. No curso do processo de inventário e até a assinatura do contrato de gestão, a continuidade da prestação dos serviços das unidades de saúde ficará sob a supervisão:

I - da Secretaria Municipal da Saúde, à qual competirá a realização do processo de inventário para as unidades integrantes de sua estrutura organizacional; e

II - da Autarquia Hospitalar Municipal, à qual competirá a realização do processo de inventário para as unidades integrantes de sua estrutura organizacional.

§ 4º. Os recursos e as receitas orçamentárias destinadas às unidades de saúde serão utilizados durante o processo de inventário na manutenção e financiamento das atividades e serviços prestados até a assinatura do contrato de gestão.

Art. 3º. Os arts. 10, 11, 12 e 19 da Lei nº 13.271, de 4 de janeiro de 2002, que dispõe sobre a descentralização das ações e serviços de saúde no Município de São Paulo, com a criação de entidades autárquicas hospitalares de regime especial, alterada pela Lei nº 13.861, de 29 de junho de 2004, passam a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 10. O Conselho Deliberativo e Fiscalizador da Autarquia terá as seguintes atribuições:

I - aprovar a política geral de administração da autarquia;

II - aprovar o relatório anual de gestão encaminhado pela Superintendência;

III - elaborar e aprovar seu Regimento Interno, observado o disposto no § 10 do art. 9º desta lei, dentro de 30 (trinta) dias a partir de sua constituição;

IV - aprovar anualmente, nos prazos fixados no Regulamento, a proposta orçamentária da Autarquia, submetendo-a à aprovação do Secretário Municipal da Saúde;

V - fiscalizar a execução orçamentária e aprovar, nos prazos fixados no Regulamento, a prestação de contas da Autarquia antes de seu encaminhamento aos órgãos de controle interno e externo, submetendo-a à aprovação do Conselho Municipal de Saúde e ao Secretário Municipal da Saúde;

VI - mediante proposta do Superintendente:

a) manifestar-se sobre incentivos funcionais, com base em critérios de especificidade e complexidade de atribuições, produtividade, qualidade das ações em equipe, local de

exercício, carga horária, riscos inerentes à profissão e a outros fatores determinados em lei;

b) manifestar-se sobre programas de desenvolvimento e formação permanente do pessoal técnico, administrativo e de direção da Autarquia;

c) deliberar sobre a alienação de bens patrimoniais móveis;

d) manifestar-se sobre propostas de alteração da estrutura e funcionamento da autarquia;

e) manifestar-se sobre sanções disciplinares aplicadas aos servidores da Autarquia;

VII - formular sugestões à Superintendência, no tocante ao aperfeiçoamento dos serviços da entidade;

VIII - manifestar-se sobre outros assuntos que lhe forem submetidos, a pedido do Superintendente ou a pedido de um terço dos membros do Conselho Deliberativo e Fiscalizador." (NR)

"Art. 11. O Superintendente será nomeado, em comissão, pelo Prefeito, dentre profissionais Médicos, com curso de Administração Hospitalar ou Administração de Serviços de Saúde ou Administração em Saúde Pública.

§ 1º. O indicado deverá apresentar memorial do qual constem informações curriculares, relacionando todas as empresas das quais tenha participado.

....." (NR)

"Art. 12.

II - elaborar e submeter o Plano Anual de Trabalho, o Plano Plurianual de Investimentos e o Plano Diretor de Recursos Humanos à aprovação do Secretário Municipal da Saúde;

....." (NR)

"Art. 19. À Seção Jurídica compete a execução do serviço jurídico das unidades que compõem a respectiva Autarquia, cabendo-lhe processar os feitos disciplinares e oficiar nos processos administrativos, na forma prevista na legislação vigente." (NR)

Art. 4º. Durante o procedimento de organização das Autarquias previsto no § 11 do art. 1º desta lei, deverá ser publicado, trimestralmente, pela Secretaria Municipal da Saúde, relatório das etapas concluídas, informando as unidades já transferidas e a movimentação dos servidores com a indicação dos respectivos cargos e empregos públicos.

Art. 5º. No procedimento de organização e implantação da Autarquia Hospitalar Municipal e da Autarquia Municipal de Serviços Auxiliares de Saúde, 25% (vinte e cinco por cento) dos cargos em comissão de direção e assessoramento das atuais Autarquias Hospitalares Municipais Regionais Sul, Leste e Sudeste serão, gradativamente, tornados vagos, permanecendo nessa condição até ulterior aproveitamento, na forma que dispuser lei específica.

Art. 6º. A defesa judicial e extrajudicial da Autarquia Hospitalar Municipal e da Autarquia Municipal de Serviços Auxiliares de Saúde referidas no artigo 1º desta lei ficará a cargo da Procuradoria Geral do Município de São Paulo.

Art. 7º. O artigo 16 da Lei nº 14.132, de 2006, passa a vigorar acrescido de § 4º, com a seguinte redação:

"Art. 16.

§ 4º. O afastamento de que trata este artigo dar-se-á sem prejuízo dos direitos e demais vantagens do respectivo cargo ou função, computando-se o tempo em que o servidor estiver afastado, integralmente, para todos os efeitos legais." (NR)

Art. 8º. A Lei nº 14.132, de 2006, passa a vigorar acrescida do artigo 16-A, com a seguinte redação:

"Art. 16-A. O Poder Executivo disciplinará em decreto o aproveitamento dos servidores em exercício nas unidades de saúde cujos serviços serão executados por Organizações Sociais mediante contrato de gestão." (NR)

..... para lei, rev.....
..... para lei, rev.....
..... para lei, rev.....

..... para lei, rev.....
..... para lei, rev.....
..... para lei, rev.....

..... para lei, rev.....
..... para lei, rev.....
..... para lei, rev.....

..... para lei, rev.....
..... para lei, rev.....
..... para lei, rev.....

Art. 9º. Ficam alteradas a denominação e a forma de provimento dos cargos em comissão a seguir discriminados, constantes do Quadro Específico de Cargos de Provimento em Comissão de que trata o Decreto nº 45.751, de 4 de março de 2005, na seguinte conformidade:

I - 4 (quatro) cargos de Coordenador, Ref. DAS-15, de livre provimento em comissão, dentre profissionais da área da saúde, para Assessor Especial, Ref. DAS-15, de livre provimento em comissão pelo Prefeito;

II - 1 (um) cargo de Diretor de Divisão Técnica, Ref. DAS-12, de livre provimento em comissão pelo Prefeito, dentre funcionários públicos da área da saúde, portadores de diploma de nível universitário, com curso de Saúde Pública, para Assessor Técnico, Ref. DAS-12, de livre provimento em comissão pelo Prefeito;

III - 1 (um) cargo de Diretor Adjunto, Ref. DAS-12, de livre provimento pelo Prefeito, dentre servidores municipais portadores de diploma de Médico, graduados em Saúde Pública, para Assessor Técnico, Ref. DAS-12, de livre provimento em comissão pelo Prefeito.

Art. 10. Compete à Procuradoria Geral do Município - PGM representar o Instituto de Previdência Municipal de São Paulo - IPREM em Juízo, ativa e passivamente.

Parágrafo único. Em decorrência do disposto no "caput", fica contencioso judicial do Instituto de Previdência Municipal de São Paulo transferido para a Procuradoria Geral do Município, à qual caberá distribuir os feitos entre os seus Departamentos Judicial e Fiscal, de acordo com a natureza das matérias neles versadas.

Art. 11. O Procurador titular de cargo integrante dos Quadros do Instituto de Previdência Municipal de São Paulo que não tenha optado pela transferência para o Quadro da Procuradoria Geral do Município, nos termos do artigo 1º da Lei nº 13.552, de 7 de abril de 2003, será afastado por ato do Superintendente, sem prejuízo das vantagens e direitos inerentes à carreira, para a Procuradoria Geral do Município.

Art. 12. O disposto nos arts. 10 e 11 desta lei entrará em vigor no prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data de sua publicação.

Art. 13. As despesas com a execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 14. Ressalvado o disposto no seu art. 12, esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogados o § 5º do art. 20, o parágrafo único do art. 23 e o Anexo III, todos da Lei nº 13.271, de 2002, bem como o § 3º do art. 3º da Lei nº 13.552, de 2003.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 14 de janeiro de 2008, 454º da fundação de São Paulo.

GILBERTO KASSAB, PREFEITO

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 14 de janeiro de 2008.

CLOVIS DE BARROS CARVALHO, Secretário do Governo Municipal

Retificação da publicação do dia 15 de janeiro de 2008

Lei nº 14.669, de 14 de janeiro de 2008

No art. 10, leia-se como segue e não como constou:

"Art. 10. Compete à Procuradoria Geral do Município - PGM representar o Instituto de Previdência Municipal de São Paulo - IPREM em Juízo, ativa e passivamente.

Parágrafo único. Em decorrência do disposto no "caput", fica o contencioso judicial do Instituto de Previdência Municipal de São Paulo transferido para a Procuradoria Geral do Município, à qual caberá distribuir os feitos entre os seus Departamentos Judicial e Fiscal, de acordo com a natureza das matérias neles versadas."

Art. 11. O Procurador titular de cargo integrante dos Quadros do Instituto de Previdência Municipal de São Paulo que não tenha optado pela transferência para o Quadro da Procuradoria Geral do Município, nos termos do artigo 1º da Lei nº 13.552, de 7 de abril de 2003, será afastado por ato do Superintendente, sem prejuízo das vantagens e direitos inerentes à carreira, para a Procuradoria Geral do Município.

Art. 12. O disposto nos arts. 10 e 11 desta lei entrará em vigor no prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data de sua publicação.

Art. 13. As despesas com a execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 14. Ressalvado o disposto no seu art. 12, esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogados o § 5º do art. 20, o parágrafo único do art. 23 e o Anexo III, todos da Lei nº 13.271, de 2002, bem como o § 3º do art. 3º da Lei nº 13.552, de 2003.

Câmara Municipal de São Paulo

Folha 41
Proc. nº 01.0291/13
Isis Duarte Rodrigues
RF 11.207

Base de dados : legis

Pesquisa : 14876

Total de referências : 1

1/1

Título: LEI Nº 14.876 05/01/2009 (ver documento)

Sem revogação expressa

Ementa: Dispõe sobre a alteração de dispositivos das Leis nº 13.271, de 5 de janeiro de 2002, nº 13.652, de 25 de setembro de 2003, nº 14.660, de 26 de dezembro de 2007, nº 14.709, de 3 de abril de 2008, nº 14.713, de 4 de abril de 2008, e 14.715, de 8 de abril de 2008, e a contratação por tempo determinado, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde e Autarquia Hospitalar Municipal.

Projeto: Projeto de Lei Nº 525/2008 (ver documento)

Autor(es): EXECUTIVO; Gilberto Kassab

Legislação explicativa: Lei nº 13.271/2002 - Dispõe sobre a descentralização das ações e serviços de saúde no Município de São Paulo, com a criação de entidades autárquicas hospitalares de regime especial.; (ver documento)

Lei nº 13.652/2003 - Dispõe sobre a adoção de medidas destinadas à valorização dos servidores públicos, introduz alterações na legislação de pessoal do Município de São Paulo.; (ver documento)

Lei nº 14.660/2007 - Dispõe sobre alterações das Leis nºs 11.229/1992, 11.434/1993 e legislação subsequente, reorganiza o Quadro dos Profissionais de Educação, com as respectivas carreiras, criado pela Lei nº 11.434/1993, e consolida o Estatuto dos Profissionais da Educação Municipal.; (ver documento)

Lei nº 14.709/2008 - Dispõe sobre o reajustamento das Escalas de Padrões de Vencimentos dos Quadros dos Profissionais de Educação, a absorção das gratificações instituídas pela Lei nº 14.244/2006, na forma que especifica e introduz alterações na Lei nº 14.660/2007.; (ver documento)

Lei nº 14.713/2008 - Dispõe sobre a reorganização do Quadro dos Profissionais da Saúde, a reconfiguração das carreiras dos níveis superior e médio do referido Quadro, a instituição de novo plano de carreiras e do Prêmio de Produtividade de Desempenho a ser concedido aos servidores que especifica, a cessação da vantagem pecuniária que discrimina, a alteração dos dispositivos das Leis nºs 13.652/2003, 13.748/2004 e 14.591/2007, e alteração do valor das gratificações que especifica.; (ver documento)

Lei nº 14.715/2008 - Altera dispositivos das Leis nºs 9.480/1982 e 10.224/1986, ambas com as modificações introduzidas pela legislação subsequente, as quais dispõem, respectivamente, sobre as carreiras de Agente de Apoio Fiscal e de Agente Vistor, concede a Gratificação por Desempenho de Atividade, instituída pela Lei nº 14.600/2007, aos servidores que especifica e altera dispositivos das Leis nºs 14.591/2007, 14.600/2007 e 14.660/2007. (ver documento)

Alterações: Lei 15.364/2011 - Altera os arts. 7º e 10 desta Lei. (ver documento)

[\[Back \]](#)

LEI Nº 14.876, DE 5 DE JANEIRO DE 2009

(Projeto de Lei nº 525/08, do Executivo, aprovado na forma de Substitutivo do Legislativo)

Dispõe sobre a alteração de dispositivos das Leis nº 13.271, de 5 de janeiro de 2002, nº 13.652, de 25 de setembro de 2003, nº 14.660, de 26 de dezembro de 2007, nº 14.709, de 3 de abril de 2008, nº 14.713, de 4 de abril de 2008, e nº 14.715, de 8 de abril de 2008, e a contratação de pessoal, por tempo determinado, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde e Autarquia Hospitalar Municipal.

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 18 de dezembro de 2008, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

CAPÍTULO I

DA ALTERAÇÃO DA LEI Nº 13.271, DE 5 DE JANEIRO DE 2002

Art. 1º. A Lei nº 13.271, de 5 de janeiro de 2002, passa a vigorar acrescida de art. 20-A, com a seguinte redação:

"Art. 20-A. O afastamento de que trata o § 1º do art. 20 desta lei dar-se-á sem prejuízo de vencimentos, direitos e demais vantagens do respectivo cargo ou função, bem como das vantagens percebidas e concedidas em razão do exercício de cargo em comissão ou em decorrência do local de trabalho na conformidade da legislação específica, consideradas, para esse fim, as unidades da Secretaria Municipal da Saúde incorporadas às Autarquias e as demais que componham sua estrutura organizacional nos termos da lei ou regulamento.

§ 1º. Será computado, para todos os efeitos legais, o tempo em que o servidor estiver afastado na forma deste artigo.

§ 2º. Para fins de pagamento, concessão, cessação, permanência, incorporação ou reconhecimento de direitos e vantagens referidos no "caput" deste artigo, será observada a legislação de regência da Administração Direta.

§ 3º. O disposto neste artigo aplica-se aos servidores de outras unidades da Secretaria Municipal da Saúde, afastados para prestar serviços nas Autarquias nos termos do art. 45 da Lei nº 8.989, de 29 de outubro de 1979." (NR)

CAPÍTULO II

DA ALTERAÇÃO DE DISPOSITIVOS DA LEI Nº 13.652, DE 25 DE SETEMBRO DE 2003

Art. 2º. O parágrafo único do art. 8º e o inciso I do art. 14, ambos da Lei nº 13.652, de 25 de setembro de 2003, alterados pela Lei nº 14.713, de 4 de abril de 2008, passam a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 8º.

Parágrafo único. A Administração, no momento da abertura do concurso público, estabelecerá, no edital, o segmento de atividade e as atribuições específicas, de acordo com suas necessidades." (NR)

"Art. 14.

I - tempo mínimo de 2 (dois) anos de efetivo exercício na Categoria 5 do Nível I;

CAPÍTULO III

DA ALTERAÇÃO DE DISPOSITIVOS DAS LEIS Nº 14.660, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2007, E Nº 14.709, DE 3 DE ABRIL DE 2008

Art. 3º. Os arts. 24, 25, 26, 97 e 99 da Lei nº 14.660, de 26 de dezembro de 2007, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 24.

§ 3º. Em regime de acúmulo lícito de cargos da Classe dos Gestores Educacionais ou cargos técnicos ou científicos, o Profissional de Educação docente não poderá optar pela Jornada Especial Integral de Formação." (NR)

"Art. 25. O ingresso na Jornada Especial de Hora-Aula Excedente e na Jornada Especial de Hora-Trabalho Excedente dar-se-á por atribuição, mediante anuência do profissional, na forma que dispuser ato do Secretário Municipal de Educação.

Parágrafo único. Não poderão ingressar nas jornadas referidas no "caput" deste artigo os docentes:

I - portadores de laudo de readaptação;

II - cuja carga horária de trabalho semanal, em regime de acúmulo lícito de cargos, inclusive considerando eventuais vínculos com outros entes federativos, excedam o limite previsto no art. 19 desta lei." (NR)

"Art. 26. O ingresso na Jornada Especial de Trabalho Excedente dar-se-á por convocação do Diretor de Escola para o desenvolvimento de projeto pedagógico, após autorização do Supervisor Escolar e mediante anuência do docente.

Parágrafo único. Não poderão ingressar na Jornada Especial de Trabalho Excedente os docentes:

I - portadores de laudo de readaptação;

II - cuja carga horária de trabalho semanal, em regime de acúmulo lícito de cargos, inclusive considerando eventuais vínculos com outros entes federativos, excedam o limite previsto no art. 19 desta lei." (NR)

"Art. 97. Fica caracterizada a excedência de lotação de docentes e de gestores educacionais titulares dos cargos de Coordenador Pedagógico e de Supervisor Escolar, na respectiva unidade educacional ou Diretoria Regional de Educação, nas seguintes hipóteses:

I - docentes:

- a) quando houver alteração no quadro de lotação desses cargos, na hipótese de redução do número de classes, blocos de aula ou turmas;
- b) quando o número de docentes lotados e no exercício das atribuições próprias do cargo na unidade ultrapassar a quantidade fixada para a composição do Quadro de Lotação de Servidores da unidade educacional, fixado na forma do art. 96 desta lei;

II - Coordenador Pedagógico e de Supervisor Escolar: quando o número desses gestores educacionais, lotados e no exercício das atribuições próprias do cargo na unidade educacional ou Diretoria Regional de Educação, ultrapassar a quantidade fixada para a composição do Quadro de Lotação de Servidores, fixado na forma do art. 96 desta lei." (NR)

"Art. 99. Os Profissionais de Educação das Classes dos Docentes e dos Gestores Educacionais considerados excedentes serão inscritos de ofício em concurso de remoção, garantida prioridade na escolha." (NR)

Art. 4º. A Tabela "A" do Anexo I, Quadro de Apoio à Educação, a que se refere o art. 1º da Lei nº 14.709, de 3 de abril de 2008, fica substituída pelo Anexo I, integrante desta lei, bem como a Tabela "E" do Anexo III a que se refere o art. 3º da Lei nº 14.660, de 26 de dezembro de 2007, Cargos de Provimento em Comissão do Quadro do Magistério Municipal destinados à extinção na vacância, fica

Folha 42
Proc. nº 07.079.13
Isis Duarte Rodrigues
RF 11.207

substituída, em relação ao cargo de Professor de Bandas e Fanfarras, pelo Anexo II, integrante desta lei.

CAPÍTULO IV

DA ALTERAÇÃO DE DISPOSITIVOS DA LEI Nº 14.713, DE 4 DE ABRIL DE 2008

Art. 5º. A Lei nº 14.713, de 2008, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 39.

§ 2º.

I - aos titulares de cargos ou ocupantes de funções do nível médio e superior do Quadro dos Profissionais da Saúde, optantes ou não pelo plano de carreiras ora instituído, lotados e em efetivo exercício nas seguintes unidades: nos incisos I e II deste artigo incidirão sobre o valor

- a) da Secretaria Municipal de Gestão: no Departamento de Saúde do Servidor, da Coordenadoria de Gestão de Pessoas, e no Departamento da Merenda Escolar, da Coordenadoria de Gestão de Bens e Serviços;
- b) da Secretaria Municipal do Verde e do Meio Ambiente: na Universidade Livre do Meio Ambiente e Cultura de Paz - UMAPAZ, da Coordenadoria de Educação Ambiental, na Divisão Técnica de Medicina Veterinária e Manejo da Fauna Silvestre, do Departamento de Parques e Áreas Verdes, e na Divisão Técnica de Registro e Licenciamento, do Departamento de Controle da Qualidade Ambiental;
- c) da Secretaria do Governo Municipal: na Divisão Técnica de Saúde, da Supervisão Geral de Administração e Finanças, da Coordenadoria de Segurança Urbana;
- d) das Subprefeituras: nos Clubes da Cidade, das Supervisões de Esportes e Lazer, das Coordenadorias de
Ação Social e Desenvolvimento;
- e) na Secretaria Municipal de Esportes, Lazer e Recreação;
....." (NR)

"Art. 48. O valor da Gratificação Especial pela Prestação de Serviços Assistenciais em Saúde, instituída pelo art. 6º da Lei nº 11.716, de 3 de janeiro de 1995, e legislação subsequente, devida aos profissionais da saúde, passa a ser o seguinte, a partir de 1º de junho de 2008:

VII - para os servidores municipais titulares de cargos ou ocupantes de funções de nível médio ou superior, não integrantes do Quadro dos Profissionais da Saúde, lotados e em efetivo exercício na Secretaria Municipal da Saúde e no Departamento de Saúde do Servidor, da Coordenadoria de Gestão de Pessoas, da Secretaria Municipal de Gestão, não optantes pelos planos de carreiras instituídos pelas Leis nº 13.748, de 2004, e nº 14.591, de 2007: o valor fixo, em reais, vigente na data da publicação desta lei, de acordo com o percentual e a base de cálculo estabelecidos no § 2º do art. 115 da Lei nº 13.652, de 2003;

VIII - para os servidores municipais ocupantes de funções correspondentes ou não a cargos de referência DAI ou DAS, abrangidos pelo art. 68 da Lei nº 14.591, de 2007, que não realizarem a opção prevista nos arts. 69 e 70 da mesma lei:

- a) R\$ 567,00 (quinhentos e sessenta e sete reais), para os ocupantes de funções de referência DAS-09 a DAS-12;
- b) R\$ 178,00 (cento e setenta e oito reais), para os ocupantes de funções de referência DAI-01 a DAI-07;

....." (NR)

"Art. 50-A. As Gratificações Especiais de Regime de Plantão e a remuneração do regime de plantão, previstas na Lei nº 11.716, de 3 de janeiro de 1995, e legislação subsequente, poderão ter os respectivos valores majorados nas seguintes condições e percentuais:

I - para os servidores titulares de cargos ou funções discriminados na Tabela "B" do Anexo Único desta lei, em até 100% (cem por cento) do valor do plantão extra realizado:

- a) nos dias consagrados ao Natal, à Confraternização Universal e no Carnaval;
 - b) em dias declarados feriados e pontos facultativos intercalados ou seguidos de fins de semana ou dias de expediente suspenso por decreto do Poder Executivo;
- II - para os titulares de cargos ou funções de Especialistas em Saúde - Médico, em até 50% (cinquenta por cento) do valor dos plantões normais e dos plantões extras, realizados em horários e unidades e serviços de pronto-socorro e pronto-atendimento, definidos segundo critérios de localização da unidade, distância e horário de exercício.

§ 1º. Os percentuais previstos nos incisos I e II deste artigo incidirão sobre o valor nominal da respectiva gratificação ou remuneração, vedada a cumulatividade.

§ 2º. Os feriados e pontos facultativos, as unidades e os horários referidos nos incisos I e II deste artigo, bem como os respectivos percentuais, serão definidos em portaria do Secretário Municipal da Saúde, observada a disponibilidade orçamentária e financeira.

§ 3º. O disposto neste artigo aplica-se nas mesmas bases e condições:

I - ao servidor da Administração Direta afastado para prestar serviços junto à Autarquia Hospitalar Municipal e no Hospital do Servidor Público Municipal;

II - aos ocupantes de emprego público da Autarquia Hospitalar Municipal;

III - aos servidores públicos estaduais cedidos ao Município de São Paulo em razão de convênio celebrado no âmbito do Sistema Único de Saúde, exceto no que se refere aos plantões normais, para os quais não há previsão legal de convocação na forma da legislação pertinente.

....." (NR)

"Art. 60.

§ 3º. Observadas as demais condições e requisitos estabelecidos no "caput" e no inciso II deste artigo, a integração dos atuais titulares de cargo de Técnico de Saúde, nas áreas de higiene dental e de laboratório e radiologia se dará na carreira de Técnico em Saúde, nas atividades técnicas relativas a higiene dental, a laboratório e radiologia, mediante a contagem de tempo de efetivo exercício na atual carreira, na seguinte conformidade:

....." (NR)

"Art. 61-A. Os servidores ativos que venham a realizar a opção de que tratam os arts. 54 e 58 desta lei e dela desistir poderão, a qualquer tempo, na inatividade, realizar nova opção, uma única vez.

Parágrafo único. O disposto neste artigo aplica-se aos servidores que se aposentem com direito à paridade, bem como aos pensionistas e legatários com o mesmo direito." (NR)

"Art. 72. Os atuais servidores contratados por tempo determinado nos termos da Lei nº 10.793, de 1989, e legislação subsequente, para funções correspondentes aos cargos constantes da coluna "Situação Atual" do Anexo I, Tabelas "A" a "C", desta lei, terão os respectivos salários fixados na referência inicial da carreira que corresponder à sua função, constante da coluna "Situação Nova" do referido Anexo, na mesma data prevista para os servidores efetivos e admitidos, observada a jornada de trabalho estabelecida no respectivo contrato.

§ 1º. Os atuais servidores contratados por tempo determinado nos termos da Lei nº 10.793, de 1989, e legislação subsequente, para funções correspondentes ao cargo de Auxiliar de Enfermagem, constante da coluna "Situação Atual" do Anexo I,

Folha 43
Proc. nº 07.0392/13
Isis Duarte Rodrigues
RF 11.207

Tabela "C", desta lei, terão os respectivos salários fixados na Referência AT-6 da carreira de Auxiliar Técnico em Saúde, constante da coluna "Situação Nova" do referido Anexo, na atividade técnico-auxiliar relativa a enfermagem, observada a jornada de trabalho estabelecida no respectivo contrato.

§ 2º. Ao contratado por tempo determinado para desempenhar a função correspondente ao cargo de Especialista em Saúde - Médico será devido abono mensal correspondente a 40% (quarenta por cento) da média mensal do valor do Prêmio de Produtividade de Desempenho pago aos profissionais da saúde titulares desse cargo e admitidos ocupantes de função correspondente." (NR)

Art. 74. A partir de 1º de junho de 2008, fica vedada a concessão e o pagamento, aos profissionais integrantes do Quadro dos Profissionais da Saúde, ora reorganizado, do Adicional de Raios X previsto na alínea "c" do art. 1º da Lei nº 9.957, de 20 de novembro de 1973.

§ 7º. Fica assegurado o pagamento de eventuais diferenças no cálculo dos adicionais por tempo de serviço decorrentes da fixação da Vantagem de Ordem Pessoal - VOP de que trata o § 1º deste artigo, as quais serão nela incluídas." (NR)

Art. 80.

III - Técnico em Saúde: nas atividades técnicas relativas a farmácia e prótese dentária:

VI - Técnico em Saúde: nas atividades técnicas relativas a laboratório e radiologia:

- a) Grau "A": Categoria 4, Ref. TS-4;
- b) Grau "B": Categoria 5, Ref. TS-5;
- c) Grau "C": Categoria 6, Ref. TS-6;
- d) Grau "D": Categoria 7, Ref. TS-7;
- e) Grau "E": Categoria 8, Ref. TS-8." (NR)

Art. 81.

§ 1º. Os servidores admitidos ou contratados nos termos da Lei nº 9.160, de 1980, não-estáveis, ocupantes da função de Auxiliar de Enfermagem, que realizarem a opção prevista no art. 79 desta lei, terão a denominação de sua função alterada para Auxiliar Técnico em Saúde, na conformidade da coluna "Situação Nova" do Anexo I, Tabela "C", desta lei, na atividade técnico-auxiliar relativa a enfermagem, e seus salários fixados na Referência AT-6.

§ 2º. Os servidores admitidos ou contratados nos termos da Lei nº 9.160, de 1980, não-estáveis, ocupantes da função de Técnico de Saúde, nas áreas de laboratório e radiologia, que realizarem a opção prevista no art. 79 desta lei, terão a denominação de sua função alterada para Técnico em Saúde, na conformidade da coluna "Situação Nova" do Anexo I, Tabela "B", desta lei, nas atividades técnicas relativas a laboratório e radiologia, e seus salários fixados na Referência TS-4." (NR)

Art. 102. Os empregados públicos das Autarquias Hospitalar Municipal e de Serviços Auxiliares em Saúde, ocupantes de empregos públicos correspondentes aos cargos dos níveis superior e médio do Quadro dos Profissionais da Saúde, ora reorganizado, ficam com seus salários fixados na referência inicial das respectivas carreiras, na mesma data prevista para os servidores da Administração Direta, na conformidade do Anexo II integrante desta lei.

§ 1º. Os atuais empregados públicos das Autarquias de que trata o "caput" deste artigo, ocupantes de empregos públicos correspondentes ao cargo de Auxiliar de Enfermagem, do Quadro dos Profissionais da Saúde, ora reorganizado, ficam com os seus salários fixados na Referência AT-6 da carreira de Auxiliar Técnico em

Saúde, na conformidade do Anexo II desta lei, na atividade técnico-auxiliar relativa a enfermagem, da Administração Direta.

§ 2º. Os atuais empregados públicos das Autarquias de que trata o "caput" deste artigo, ocupantes de empregos públicos correspondentes ao cargo de Técnico de Saúde, nas áreas de laboratório e radiologia, do Quadro dos Profissionais da Saúde, ora reorganizado, ficam com os seus salários fixados na Referência TS-4 da carreira de Técnico em Saúde, na conformidade do Anexo II desta lei, nas atividades técnicas relativas a laboratório e radiologia." (NR)

Art. 112. O valor da Gratificação Especial de Serviço Social na Saúde, instituída pela Lei nº 13.511, de 10 de janeiro de 2003, devida ao titular de cargo ou ocupante de função de Assistente Social, não-optante nos termos da Lei nº 14.591, de 2007, passa a ser R\$ 567,00 (quinhentos e sessenta e sete reais), a partir de 1º de junho de 2008." (NR)

Art. 6º. O Anexo III a que se refere o art. 49 da Lei nº 14.713, de 2008, fica substituído pelo Anexo III integrante desta lei.

Art. 7º. As disposições do "caput" e § 1º do art. 72, do parágrafo único do art. 81 e do art. 102, todos da Lei nº 14.713, de 2008, na redação conferida pelo art. 5º desta lei, aplicam-se a partir de 1º de janeiro de 2008, data prevista no § 1º do art. 51 da referida lei, observado o disposto em seu art. 52, § 2º.

Art. 8º. As disposições do art. 39 da Lei nº 14.713, de 2008, na redação conferida pelo art. 5º desta lei, aplicam-se a partir de 1º de junho de 2008.

CAPÍTULO V

DA ALTERAÇÃO DE DISPOSITIVO DA LEI Nº 14.715, DE 8 DE ABRIL DE 2008

Art. 9º. O art. 22 da Lei nº 14.715, de 8 de abril de 2008, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 22. Os servidores que se aposentaram no exercício de cargo ou no desempenho de funções reenquadradas pelos Quadros de Pessoal a seguir discriminados, que tenham na atividade optado e desistido da opção pelas referências para eles instituídas, poderão, a qualquer tempo, realizar opção, uma única vez, pela fixação de seus proventos nessas referências:

I - dos Níveis Básico, Médio e Superior, organizados, respectivamente, pelas Leis nº 13.652, de 25 de setembro de 2003, nº 13.748, de 16 de janeiro de 2004, nº 14.591, de 13 de novembro de 2007;

II - da Guarda Civil Metropolitana, organizado pela Lei nº 13.768, de 26 de janeiro de 2004;

III - dos Profissionais da Fiscalização, reorganizado pelas Leis nº 13.652, de 2004, e nº 14.712, de 4 de abril de 2008;

IV - da Procuradoria Geral do Município, reorganizado pela Lei nº 14.712, de 2008.

Parágrafo único. O disposto neste artigo aplica-se aos aposentados com direito a paridade, bem como aos pensionistas e legatários com o mesmo direito." (NR)

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10. Os servidores abrangidos pelas disposições do parágrafo único do art. 81 da Lei nº 14.713, de 2008, na redação conferida pelo art. 5º desta lei, poderão realizar a opção prevista no "caput" do referido artigo, no prazo de 120 (cento e vinte) dias, contados da data da publicação desta lei.

Folha 14
Proc. nº 00399/13
Isis Duarte Rodrigues
RF 11.207

Art. 11. A vedação contida no § 2º do art. 3º da Lei nº 10.793, de 21 de dezembro de 1989, alterada pelas Leis nº 13.261, de 28 de dezembro de 2001, nº 14.142, de 3 de abril de 2006, e nº 14.639, de 18 de dezembro de 2007, não se aplica aos servidores contratados, nos anos de 2007 e 2008, para o desempenho, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde, de atividades ligadas ao controle do "Aedes Aegypti" e aos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 e de Atenção Básica, bem como no âmbito da Autarquia Hospitalar Municipal, os quais poderão ser novamente contratados, uma única vez, pelo prazo máximo de 12 (doze) meses.

Art. 12. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, exceto com relação às disposições constantes dos seus arts. 5º, 7º e 8º, cujos efeitos retroagirão às datas neles mencionadas.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 5 de janeiro de 2009, 455ª da fundação de São Paulo.

GILBERTO KASSAB, PREFEITO

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 5 de janeiro de 2009.

CLDIVIS DE BARRAS CARVALHO, Secretário do Governo Municipal

Anexo I a que se refere o artigo 4º da Lei nº 14.876, de 5 de janeiro de 2009, que substitui a Tabela A Quadro de Apoio à Educação, de Anexo I da Lei nº 14.709, de 3 de abril de 2008

JORNADA DE 40 H SEMANAIS

REF/GRAUS	A	B	C	D	E
QPE-01	556,13	592,28	630,77	671,75	715,43
QPE-02	592,28	630,77	671,75	715,43	761,93
QPE-03	630,77	671,75	715,43	761,93	811,46
QPE-04	671,75	715,43	761,93	811,46	864,19
QPE-05	715,43	761,93	811,46	864,19	920,39
QPE-06	761,93	811,46	864,19	920,39	980,21
QPE-07	811,46	864,19	920,39	980,21	1.043,92
QPE-08	864,19	920,39	980,21	1.043,92	1.111,78
QPE-09	920,39	980,21	1.043,92	1.111,78	1.184,05
QPE-10	980,21	1.043,92	1.111,78	1.184,05	1.261,02
QPE-11	1.043,92	1.111,78	1.184,04	1.261,02	1.342,98
QPE-12	1.111,78	1.184,04	1.261,02	1.342,98	1.430,26
QPE-13	1.184,04	1.261,02	1.342,98	1.430,26	1.523,22
QPE-14	1.261,02	1.342,98	1.430,26	1.523,22	1.622,22

Folha nº 45
Proc. nº 07.039.13
Isis Duarte Rodrigues
RF 11.207

TABELA "B" - VALOR DA REMUNERAÇÃO DE PLANTÃO EXTRA

CARGO/FUNÇÃO	VALOR DA REMUNERAÇÃO (R\$)	
	PLANTÃO EXTRA	
	Unidades Centro	Unidades Periferia
ESPECIALISTA EM SAÚDE - MÉDICO	441,82	618,55
ESPECIALISTA EM SAÚDE	223,12	297,49
TÉCNICO EM SAÚDE	81,55	108,73
AUXILIAR TÉCNICO EM SAÚDE, nas atividades técnico-auxiliares relativas a:		
- Enfermagem	81,55	108,73
- Demais atividades	69,91	93,21

Folha 47
Proc. nº 01-0399/13
Isis Duarte Rodrigues
RF 11.207



**PREFEITURA DA CIDADE DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA DA SAÚDE

48
Folha

Proc. nº 01.039.13

Isis Duarte Rodrigues
RF 11.207

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010-2013

Maio - 2010

Gilberto Kassab
Prefeito

Januario Montone
Secretário Municipal da Saúde

José Maria da Costa Orlando
Secretário Adjunto

Odeni de Almeida
Chefe de Gabinete

Guilherme Estanislau do Amaral
Coordenação Finanças e Orçamento

Edjane M. Torreão Brito
Coordenação da Atenção Básica

Inês Suarez Romano
Coordenação da Vigilância em Saúde

Paulo Kron Psanquevich
Coordenação de Apoio ao Desenvolvimento da Gerência Hospitalar

Isabel Cristina Nomiya
Coordenação do Sistema Municipal de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

Celso de Moraes Terra
Coordenação da Rede de Proteção da Mãe Paulistana

Jane Abrahão Marinho
Coordenação de Gestão de Pessoas (CRH)

Margarida Maria Tenório de Azevedo Lira
Coordenação de Epidemiologia e Informação

Flávia Maria Porto Terzian
Superintendência da Autarquia Hospitalar

Marisa Calfa Espudaro
Coordenação de Suprimentos

Henriqueta Aparecida Amoratti Norcia
Núcleo Técnico de Contratos de Serviços de Saúde

Elizabeth Michelete
Hospital do Servidor Público Municipal

Júlio José Maximo de Carvalho
Núcleo de Programas Estratégicos em Saúde

Domingos Costa Hernandez Júnior
Coordenação Municipal de Assistência as Urgências e Emergências

Heloisa Helena Andreetta Corral
Assessoria Técnica de Tecnologia da Informação

Maira Monteiro Eugênio
Grupo de Desenvolvimento da Rede Física

Sérgio Luiz Martins da Rocha
Divisão Administrativa

I. Introdução

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) considera o planejamento o instrumento fundamental para o desempenho de seu papel como Gestora do Sistema Municipal de Saúde. O Plano Municipal de Saúde, para período o 2008/2009 atualizou o diagnóstico e incluiu ações que não constavam do Plano Plurianual (PPA) 2006-2009, definindo objetivos, eixos, ações estratégicas e metas. O Termo de Compromisso de Gestão Municipal, concluído em abril de 2009, formaliza o Pacto pela Saúde, nas suas dimensões pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS. Contém atribuições e responsabilidades sanitárias do Gestor Municipal e indicadores de monitoramento e avaliação. O Plano Municipal de Saúde 2008-2009 e o Termo de Compromisso de Gestão Municipal foram apresentados ao Conselho Municipal de Saúde (CMS-SP) em abril de 2009, em forma de seminário, para análise e deliberação. Posteriormente foi enviado à Câmara de Vereadores e ao Conselho Municipal de Saúde o PPA 2010-2013.

A elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) para o quadriênio de 2010-2013 prioriza as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) no Município de São Paulo, considerando a ocorrência de variações no quadro epidemiológico, na estrutura, na quantidade e no perfil dos serviços. O Ministério da Saúde por meio do PLANEJASUS define o Plano de Saúde como o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta intenções e resultados a serem buscados no período de quatro anos, que devem expressar políticas, compromissos e prioridades de saúde de uma determinada gestão.

No Município de São Paulo, o Plano Municipal de Saúde expressa a síntese das propostas e ações estratégicas da Prefeitura Municipal na área da saúde e compreende a "Agenda 2012". Elaborada com base no Programa de Governo, a Agenda 2012 traduz a visão estratégica da administração nas diferentes áreas de governo com intervenções de longo prazo, na perspectiva de transformar São Paulo numa cidade mais justa, sustentável, saudável, criativa, empregadora, eficiente e inclusiva. A elaboração da Agenda 2012 atendeu às exigências da Emenda nº 30 da Lei Orgânica do Município, aprovada por unanimidade pelo Legislativo, em fevereiro de 2008, e reitera o compromisso do governo municipal com a gestão transparente, responsável e inovadora: define metas de curto, médio e longo prazo que traduzem o plano de governo.

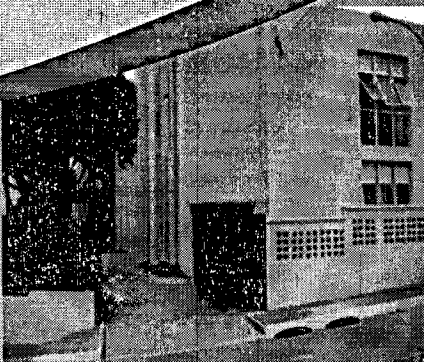
A Agenda 2012 passa a integrar o Sistema Municipal de Planejamento, juntamente com o Plano Diretor Estratégico, a Lei de Diretrizes Orçamentárias, o Orçamento Anual e o Plano Plurianual, instrumentos aprimorados pela atual administração.

A Secretaria Municipal da Saúde, Gestora do Sistema Único de Saúde no Município, é responsável pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visam promover, proteger e recuperar a saúde da população. O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2010/2013 dá continuidade ao processo de



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SECRETARIA DA SAÚDE

DIRETRIZES TÉCNICAS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL NA ATENÇÃO BÁSICA



COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

8. FUNCIONAMENTO



- O horário de funcionamento é de segunda a sábado das 07h00 às 19h00, inclusive feriados;
- Considerando o perfil epidemiológico e a demanda da região, poderá funcionar 24 horas, de segunda a segunda;
- Deve ter responsável técnico médico e de enfermagem, conforme as resoluções dos respectivos conselhos;
- Os funcionários devem trabalhar uniformizados com crachá de identificação em local visível, constando logotipo de SMS e do Parceiro;

AMA - DIRETRIZES TÉCNICAS

- Devem disponibilizar, em local visível e de fácil acesso aos usuários, as seguintes informações:

1. Horário de atendimento;
2. Mapa da área de abrangência e relação de ruas;
3. Relação nominal dos trabalhadores com respectivo horário e escala de plantão;
4. Relação de serviços oferecidos;
5. Mural de Informações de Saúde: dados de produção relevantes para a realidade local, tais como número de consultas, procedimentos médicos e de enfermagem, entre outros;



6. Comissão de Ética Médica conforme resolução do Conselho Regional de Medicina.

8.1 - Recepção

- Os usuários receberão uma senha de atendimento, de preferência eletrônica, que deve acompanhá-los durante todo seu tempo de permanência no serviço;
- A consulta do paciente deve ocorrer por demanda espontânea, na ordem de chegada, respeitando-se sempre a avaliação de risco dos casos;

8.2 - Registro do Atendimento

- A ficha de atendimento e observação (FA) deve ser aberta para todo usuário atendido na AMA, independente da origem, de acordo com o modelo disponível no Anexo I deste documento (SIGA);
- Toda FA deve ser numerada, conforme a ordem cronológica de atendimento;
- Todo atendimento realizado deve ser registrados na FA com letra legível, e seguindo a orientação estabelecida pelos respectivos conselhos profissionais. Todo atendimento deve ser registrado

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

no módulo de Registro de Atendimento Reduzido do SIGA.

A F.A. é composta pelos seguintes dados:

1. Identificação do usuário: nome completo data de nascimento, sexo, nº do cartão nacional SUS, endereço completo (com telefone), nº da FA;
2. Data e hora do atendimento;
3. Anamnese;
4. Exame físico;
5. Exames complementares solicitados e seus resultados;
6. Hipóteses diagnósticas;
7. Diagnóstico definitivo e
8. Tratamento efetuado;
9. Encaminhamento;
10. UBS referenciada.

Ficha de Atendimento (FA) / Observação:

No caso de usuários que permanecem em observação, deve constar:

1. Data e hora;
2. Evolução clínica;

3. Discriminação dos procedimentos realizados;

4. Encaminhamento final: alta, remoção e destino.

Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a realização da anamnese, deverão constar da FA relato médico completo de todos os procedimentos realizados, como o usuário chegou ao serviço e o encaminhamento dado.

Os resultados de exames laboratoriais e radiológicos devem ser transcritos na FA e o original entregue ao usuário.

8.3 - Arquivamento das Fichas de Atendimento / Observação

As informações contidas na FA pertencem ao usuário ou ao responsável legal respeitando os preceitos éticos, e ficam sob a guarda da AMA, podendo ser fornecida uma cópia mediante autorização formal do paciente e/ou responsável legal.

Tem como responsabilidade a guarda e a disponibilidade de todos os documentos e as FA, por um período de 20 anos a contar a partir da data do último registro de atendimento do paciente, e após este pe-

AMA - DIRETRIZES TÉCNICAS

ríodo o serviço deverá se organizar para garantir a integralidade do mesmo, (Resolução-CFM Nº 1.639 de 10-07-2002).

O arquivamento das FA deve ser feito por ordem (dia de atendimento) respeitando-se a ordem cronológica dos atendimentos, e mensalmente por ano.

A responsabilidade pelo preenchimento, guarda e manuseio das FA cabe ao médico assistente, demais profissionais que compartilham o atendimento e a gerência da AMA (Resolução-CFM Nº 1.638/10-07-2002).

8.4 - Serviços de Apoio à AMA

8.4.1 - Imagem - Radiologia

É recomendável que conte com serviço de exames radiológicos durante todo o horário de atendimento;

Os exames de radiologia realizados devem ser disponibilizados também para as UBS da respectiva área de influência.

8.4.2 - Laboratório

A AMA deve colher material para exames de Análises Clínicas, que serão realizados conforme fluxo estabelecido;

O laboratório deve retirar as amostras coletadas diariamente em três horários (10:00, 13:00 e 16:00 horas);

Os resultados dos exames devem ser disponibilizados para o serviço ao redor de duas horas após o envio ao laboratório, On-Line (Internet), por sistema próprio do laboratório ou do SIGA-SAÚDE;

Os resultados dos exames serão entregues ao paciente após transcrição na ficha de atendimento (FA) e ao término do atendimento.

8.5 - Produção

A produção mensal deve ser informada no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), de acordo com normas e instruções da Coordenação de Controle, Auditoria e Processamento (CCAP) - Gerência de Processamento da Produção SUS (GeProc) de SMS;

Além de preencher também O INSTRUMENTO DE CONTROLE DE PRODUÇÃO (anexo IV) com dados do mês e encaminhar a Coordenadoria Regional que encaminha mensalmente para a SMS.

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

9. SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A SMS/SP-Coordenação da Atenção Básica como Gestora, através de suas Coordenadorias e Supervisões é responsável pelo processo de acompanhamento e monitoramento sistemático dos indi-

cadores descritos no quadro abaixo. A avaliação dos resultados dos indicadores e a supervisão (anexo III) realizada pelas CRS e STS na AMA, devem ser utilizadas como instrumentos de gestão.

Indicadores de monitoramento e avaliação:

Indicador	Método de Cálculo
Nº consultas/mês	Nº total de consultas realizadas no mês de cálculo
Nº médio de consultas/dia	$\frac{\text{Nº total de consultas realizadas no mês de cálculo}}{\text{total de dias de atendimentos no mês de cálculo}}$
Taxa geral de transferência* transferência hospitalar	$\frac{\text{Nº total de encaminhamentos realizados HOSPITAL no mês de cálculo} \times 100}{\text{Nº total de consultas realizadas no mês de cálculo}}$
Taxa geral de transferência* transferência UBS	$\frac{\text{Nº total de encaminhamentos realizados UBS no mês de cálculo} \times 100}{\text{Nº total de consultas realizadas no mês de cálculo}}$
Nº consultas clínicas/mês	Nº total de consultas clínicas realizadas no mês de cálculo
Nº médio de consultas clínicas/dia	$\frac{\text{Nº total de consultas clínicas realizadas no mês de cálculo}}{\text{total de dias de atendimentos do mês de cálculo}}$
Nº consultas pediátricas/mês	Nº total de consultas pediátricas realizadas no mês de cálculo
Nº médio de consultas pediátricas/dia	$\frac{\text{Nº total de consultas pediátricas realizadas no mês de cálculo}}{\text{total de dias de atendimentos do mês de cálculo}}$
Percentual da reserva técnica utilizada	$\frac{\text{Nº total de agendamento eletrônico no mês de cálculo} \times 100}{\text{Nº total de reserva técnica disponibilizada no mês de cálculo}}$

* Transferência: casos encaminhados para serviços de maior complexidade.

RECEBIDO NA PROCURADORIA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SETOR DE FEITOS E PROCESSOS
EM 24/6/13 12
POR Alv
SAÍDA: AS: h ASS:

Do nobre vereador
Alessandro Quedes
para relatar

25/06/2013

RECEBIDO
Comissão de Constituição, Justiça
e Legislação Participativa
Em 25/06/13 às 14:00
RF

Gabriel S. M. Ribeiro
Técnico Administrativo
RF. 11.317

Segue em juntado 1 nesta data documento(s)
e papel de informação rubricado em sob folha
n° 59-60

Em 26/06/13

Gabriel S. M. Ribeiro
Técnico Administrativo
RF. 11.317



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº 59 do
Processo nº 01-399/13
Gabriel S. M. Ribeiro
RF. 11.317 - SGP-12

16 - PAR
16- 01218/2013

pl0399-13

PARECER Nº 16- 01218/2013 DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E
LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA SOBRE O PROJETO DE LEI Nº 0399/13.

Trata-se de projeto de lei, de autoria do Nobre Vereador Laércio Benko, que dispõe sobre o horário de funcionamento das Unidades de Saúde Básicas (UBS) e da Assistência Médica e Ambulatorial (AMAS), que prestam serviços pelo período de 14 (quatorze) horas, no âmbito da Cidade de São Paulo.

De acordo com o projeto, os referidos órgãos deverão ter período mínimo de funcionamento diário de 14 (quatorze) horas, iniciando-se o atendimento às 07:00 horas e encerrando-se às 21:00 horas, de segunda à sábado, podendo ser estabelecidos horários mais amplos ou diferenciados a fim de atender a peculiaridade local.

Sob o aspecto jurídico, o projeto pode prosseguir em tramitação, já que elaborado no exercício da competência legislativa desta Casa.

Com efeito, o artigo 30, I e V, da Constituição Federal e os artigos 13, I, e 37, *caput*, da Lei Orgânica do Município conferem à Câmara competência para legislar sobre assuntos de interesse local e para a instituição e organização dos serviços públicos de interesse local.

Registre-se que versa o projeto sobre serviços públicos, matéria sobre a qual compete a esta Casa legislar, observando-se que a Lei Orgânica do Município não mais prevê a iniciativa reservada ao Prefeito para apresentação de projetos de lei que versem sobre serviços públicos, como, aliás, não poderia deixar de ser, já que tal previsão não encontrava respaldo na Constituição Federal.

Outrossim, sob o aspecto material, o projeto se encontra em consonância com os mandamentos da Carta Magna e da Lei Orgânica do Município, que dispõem no art. 196 e 215, respectivamente, sobre o dever do Estado no que tange à saúde pública.

Registre-se, ainda, que o projeto dá cumprimento ao princípio da adequação dos serviços públicos, na medida em que, ao aumentar o período de atendimento, proporciona a utilização do serviço público de saúde por um número maior de usuários.



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

pl0399-13

Folha nº 60 do
Processo nº 01-399/13
Gabriel S. M. Ribeiro
RF. 11.317 - SGP-12 *sn*

A aprovação da proposta depende do voto favorável da maioria absoluta dos membros desta Casa, conforme disposto no art. 40, § 3º, inciso XII, da Lei Orgânica Paulistana.

Em vista do exposto, somos pela **LEGALIDADE**.

Sala da Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa, em 26/06/13

[Signature]
ABOU ANNI

[Signature]
ALESSANDRO GUEDES

[Signature]
ARSELINO TATTO

[Signature]
CONTE LOPES

[Signature]
GOULART

[Signature]
EDUARDO TUMA

[Signature]
GEORGE HATO

[Signature]
LAÉRCIO BENKO

[Signature]
SANDRA TADEU

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL

DE 29 / 06 / 2013

Pag. 114 Col. 2

Conferido _____

João Carlos Dias Chaves
Técnico Administrativo
RF 11336

A douta Comissão de Administração Pública.

Em 01/07/2013

João Carlos Dias Chaves
Técnico Administrativo
RF 11336

RECEBIDO

Comissão de Administração Pública

Em 29/07/13 às 13h

RF

Elaine Gonçalves Davioni
Assistente Parlamentar
RF. 100.695

Ap Vereador / A Vereadora

Doni Soares

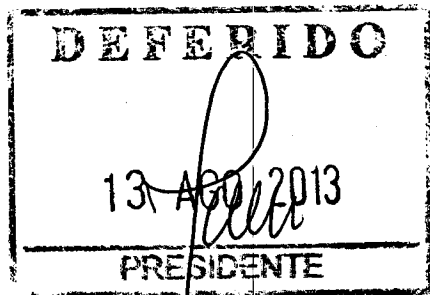
Para relatar
Sala da Comissão de Administração Pública.

Em 05.08.2013

Presidente

Obs. O prazo para manifestação é de 8 dias, nos termos do § 3º artigo 63 do RI.

Segue _____, neste ato documento(s)
e por _____, rubricado sob folha(s)
nº 61 Em 15/08/13
Aparecido Pereira
RF. 101.075 - SGP-12



CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO

Folha nº 161 do

Processo nº 01-399/13

Aparecido / Ferreira
RF. 101.875 - SGP-12

40º GABINETE DO VEREADOR ORLANDO SILVA - PCdoB

REQUERIMENTO

13 - RDS
13-01171/2013

Solicitamos seja acolhido como co-autor dos
PL 399/2013 de iniciativa do Vereador Laércio Benko do PHS, o Vereador
Orlando Silva do PCdoB.

São Paulo, 7 de agosto de 2013


LAÉRCIO BENKO
Vereador - PHS


ORLANDO SILVA
Vereador - PCdoB

CMSP - SGP.22 - 07/08/2013 - 16:15 - 005233 - 1/2

A Comissão de:

Política Laboral

14.08.2013

Jader Augusto Pimenta

Supervisor - SGP. 22

REF: 10.860

Segue ✓ juntado ✓ nesta data documento(s)
e papel de informação rubricado ✓ sob folha(s)

nº 62/63 Em 22/08/13

Aparecido Ferreira
REF. 101.075 - SGP-12



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**
PL 399/13

16 - PAR
16-01485/2013

Folha nº 62 do
Processo nº 21-399/13
Aparecida Ferreira
RF. 101.075-1 SGP-12

PARECER Nº DA COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA SOBRE
O PROJETO DE LEI Nº 399/13

O presente projeto de lei, de autoria dos nobres Vereadores Laércio Benko e Orlando Silva, *"dispõe sobre o horário de funcionamento das Unidades de Saúde Básicas (UBS) e da Assistência Médica Ambulatorial (AMAS), que prestam serviços pelo período de 14 horas, no âmbito da Cidade de São Paulo, e dá outras providências."*

De acordo com a iniciativa, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as de Assistência Médica Ambulatorial (AMAS), no âmbito da cidade de São Paulo, deverão ter período mínimo de funcionamento diário de 14 (quatorze) horas, com horário de início de funcionamento às 07:00 horas e encerramento às 21:00 horas, de segunda a sábado, sem prejuízo.

Estabelece ainda, que as unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMAS) assim como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) poderão estabelecer horários mais amplos de funcionamento, ou estabelecer horários diferenciados a fim de atender a peculiaridade local.

Justificam os autores, dentre outros argumentos, que a intenção é permitir maior acesso da população, dando condições para que os cidadãos que trabalham fora da circunscrição onde moram possam ser atendidos mantendo-se a prevenção, características da atenção da saúde básica, e assim produzindo maior qualidade de vida aos munícipes.

A Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa manifestou-se pela legalidade da propositura.

A iniciativa reveste-se elevado interesse público, motivo pelo qual esta Comissão manifesta-se favoravelmente à sua aprovação, nos termos do substitutivo a seguir, objetivando estabelecer que todas as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e as Assistências Médicas Ambulatoriais (AMAs) funcionem de segunda a sábado ininterruptamente, por 24 horas diárias, como segue:

17 - RELCOM
17-01521/2013



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

PL 399/13

Folha nº 63 do
Processo nº 01-399/13
Aparecido Ferreira
RF. 101.875 - SGP-12

SUBSTITUTIVO DA COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA AO PROJETO DE LEI Nº 399/13

"Dispõe sobre o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Assistências Médicas Ambulatoriais (AMAs), no âmbito da Cidade de São Paulo, e dá outras providências."

A Câmara Municipal de São Paulo DECRETA:

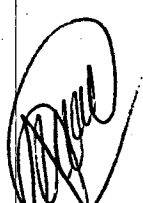
Art. 1º As Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e as Assistências Médicas Ambulatoriais (AMAs), no âmbito da Cidade de São Paulo, funcionarão de segunda a sábado, por 24 horas diárias e ininterruptas.

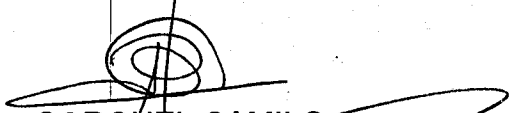
Art. 2º O Poder Executivo regulamentará esta lei, no prazo de 90 (noventa) dias, contados de sua publicação.

Art. 3º As despesas decorrentes da execução desta 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.

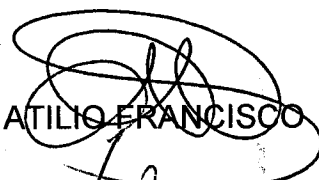
Sala da Comissão de Administração Pública, em 21.08.13

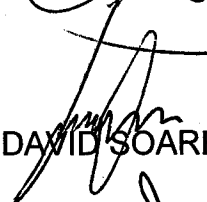

ALFREDINHO


CORONEL CAMILO


MÁRIO COVAS NETO


GILSON BARRETO


ATILIO FRANCISCO


DAVID SOARES - Relator


MARQUINO

Publicado no DIÁRIO OFICIAL

de 23, 08, 13

página 82 coluna 4

Conferido:

Aparecido Ferreira
Deputado Parlamentar
RF 101.075

A Comissão de SAÚDE

Em 23, 08, 13

Aparecido Ferreira
RF. 101.075

RECEBIDO

Comissão de Saúde, Promoção
Social, Trabalho e Mulher

Em 02/09 às

Ao Vereador / A Vereadora

Para relatar.

Sala da Comissão de Saúde, Promoção Social,
Trabalho e Mulher

Em 03, 09, 2013

Presidente

Obs. O prazo para manifestação é de 8 dias, nos
termos do § 3º artigo 63 do RI.

Segue m juntado 1, nesta data documento(s)
e papel de informação rubricado — sob folha(s)
nº — Em 04 / 02 / 14

Liliane Jun Ogura
RF. 11.095 - Técnico Administrativo

399/13



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Processo nº 01-399/13
LUIZA VANES TORRES FERREIRA
RF: 586.083.1.01
SGM/ATL

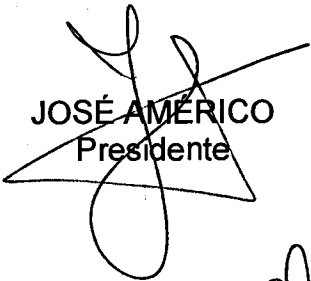
São Paulo, 26 de setembro de 2013.

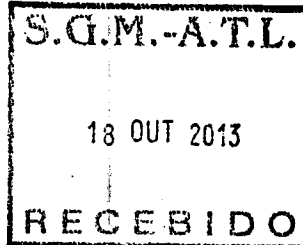
SGP-12 nº 475/2013

Senhor Prefeito,

Em atenção ao requerido pela Douta Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher, e nos termos do art. 68 do Regimento Interno, encaminho cópia do Requerimento do Ver. Natalini, sobre o Projeto de Lei 399/2013, de autoria dos Vereadores Laércio Benko e Orlando Silva, que dispõe sobre o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da Assistência Médica Ambulatorial (AMAS), que prestam serviços pelo período de 14 horas no âmbito da Cidade de São Paulo, e dá outras providências, a fim de solicitar a Vossa Excelência se digne nos enviar informações relativas à viabilidade para sua implantação, bem como em relação ao impacto financeiro que ocorreria no orçamento municipal com a aprovação das medidas previstas no mesmo.

Valho-me da oportunidade para renovar a Vossa Excelência os meus protestos de elevado apreço e distinta consideração.


JOSÉ AMÉRICO
Presidente



Excelentíssimo Senhor
FERNANDO HADDAD
DD. Prefeito da Cidade de São Paulo
Edifício Matarazzo
Nesta


Ana Luiza Vanes Torres Ferreira
RF: 586.083.1.01
SGM/ATL

209. 51/3 .



Prefeitura do Município de São Paulo

São Paulo, 28 de Janeiro de 2014.

GABINETE DO PREFEITO

Ofício A. I. L. nº 040/14-C

Ref.: OF. SGP-12 nº 00475/2013

Folha nº 65
Processo nº 08-399/13
09.2.
LIVRO DE REGISTRO
Nº 1.110-8-869-12

15 - DOCREC
15-00113/2014

Senhor Presidente

Reportando-me ao ofício acima referenciado, relativo ao pedido de subsídios formulado pela Comissão de Saúde, Promoção Social Trabalho e Mulher sobre o Projeto de Lei nº 399/13, de autoria dos Vereadores Laércio Benko e Orlando Silva, que objetiva alterar o período de funcionamento de todas as UBSs e AMAs para 24 horas diárias ininterruptas, transmito a essa Presidência, por cópia, os pronunciamentos exarados no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde, contrários à aprovação da medida.

Na oportunidade, renovo a Vossa Excelência meus protestos de apreço e consideração.

FRANCISCO MACENA DA SILVA
Secretário do Governo Municipal

Ao

Excelentíssimo Senhor

JOSÉ AMÉRICO DIAS

Digníssimo Presidente da Câmara Municipal de São Paulo

JAM/GGSM/drs
Resp 399/13

18127 28/01/2014 007870 - Protocolo Legislativo - SGP-12

A Comissão de

29/01/2014

Saúde, Prom. Soc., Trab., e Mulher,

Jader Augusto Pimenta
Supervisor - SGP. 22
REF. 10.860

RECEBIDO

Comissão de Saúde, Promoção
Social, Trabalho e Mulher

Em 04/02/14 às 12h

Lieli
Técnico Administrativo
REF. 11.066

Folha nº 66 299
PROCESSO 01-399/13
29.8
Liliana F. Leite
RF. 11.023 - 2007-10

Folha de Informação nº.....10

Do Processo nº 2013.0.312.876 – 0 em 30.10.2013

CÓPIA

Daniel Vasques B. F. Leite
Enc. de Equipe
RE 4045
SMS
31/10/2013

Interessado: Câmara Municipal de São Paulo

Assunto: Projeto de Lei nº 399/13, de autoria do Vereador Wadih Mutran, que dispõe sobre o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da Assistência Médica Ambulatorial (AMA), que prestam serviços pelo período de 14 horas, no âmbito da Cidade de São Paulo. Pedido de subsídios.

À

Assessoria Jurídica

Em tramitação Contínua

Trata o presente expediente instituir no âmbito do Município de São Paulo horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Assistências Médicas Ambulatoriais (AMAs), quanto a estas questões temos a informar:

- ✓ O Município de São Paulo conta com 447 UBS;
- ✓ 120 AMAs sendo 94 acopladas fisicamente a uma UBS, que executam ações de pronto atendimento;
- ✓ A Atenção Básica em grande parte do município encontra-se sob a gestão das Organizações Sociais (OS) por meio de convênios e contratos.

Atualmente a SMS tem como tarefa fundamental qualificar a Atenção Básica, organizando a UBS Integral no MSP, que dentre suas premissas e objetivos visa ampliar o horário de funcionamento, incluindo os sábados.

Essas premissas serão guias de orientação para o compromisso de governo da implantação de 43 novas UBS Integral, e da gradativa transformação de todas as UBS de modelo tradicional em unidades de saúde que adotem a concepção das UBS Integral,

MRM/rcg

Do Processo nº 2013.0.312.876 – 0 em 30.10.2013

assim como restituir a área física da UBS perdida para os AMAs, garantindo ambiência humanizada.

No atual momento o MSP conta com 03 UBS Integral: Jd Mirian II, Vera Cruz na CRS SUL e UBS Integral Maringá Talarico na CRS Sudeste, sendo que o horário implementado nestas UBS é: de segunda à sexta das 7:00 às 19:00 horas, e aos sábados das 8:00 às 14:00 horas.

A UBS Integral deverá realizar atendimento do paciente não agendado de forma superior ao que ocorre hoje proporcionado pelas AMAs acopladas às UBS.

Com relação ao acesso aos serviços especializados o município conta hoje com 20 Ambulatórios de Especialidades (AE) e 19 AMA Especialidade (AMA –E) . Esses equipamentos serão melhor utilizados com um processo de reestruturação do seu papel assistencial em curso. A implantação da REDE HORA CERTA definida como um conjunto de 32 unidades reunirá consultas especializadas, exames de apoio diagnóstico e cirurgias eletivas ambulatoriais.

O atendimento na REDE HORA CERTA deve contemplar o horário de funcionamento no período noturno e aos sábados, assim como o suporte à distância por telefone e internet.

As despesas das ações acima elencadas estão previstas dentro do Programa de Metas da prefeitura de São Paulo 2013-2016, e este deve discriminar os custos envolvidos para a execução dos objetivos e atividades propostas e estruturadas na Programação. O processo de planejamento do SUS foi detalhado na Portaria nº 3.332/2006, que aprovou orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.

O Programa de Metas 2013-2016 ordena os compromissos do Executivo a partir dos seguintes eixos temáticos: 1. Compromisso com os direitos sociais e civis; 2. Desenvolvimento econômico sustentável com redução das desigualdades; e 3. Gestão descentralizada, participativa e transparente.

Do Processo nº 2013.0.312.876 – 0 em 30.10.2013

Com o desenvolvimento desses processo, e especialmente, com as definições da 17ª Conferência Municipal de Saúde, a SMS-SP estará habilitada para a construção do seu Plano Municipal de Saúde, que deverá fundamentar o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) da Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS -6) de modo a detalhar as proposições e as estratégias segundo os instrumentos de planejamento do SUS, previstos pelo Decreto Federal 7.508/2011.

Diante do exposto consideramos que o conteúdo do Projeto de Lei nº 399/2013 já se encontra contemplado no Planejamento Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, portanto devolvemos o mesmo com a proposta de veto total ao PL em comento.


Dra. Rejane Calixto Gonçalves
Coordenadora

Coordenação da Atenção Básica/SMS.G



PREFEITURA DA CIDADE DE
SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Folha nº 68 de 69
01-399/13
CÓPIA

Folha de informação nº 7 do processo
nº 2013-0.312.876-0, em 4 de novembro de 2013 (a)

SMS.G
Senhor Assessor Parlamentar,

Trata o presente do Projeto de Lei nº 399/13, que, na forma do seu substitutivo, pretende fixar o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Assistências Médicas Ambulatoriais (AMAs), no âmbito do Município de São Paulo, em 24 horas diárias e ininterruptas, de segunda a sábado.

De acordo com a justificativa apresentada, a extensão do horário de funcionamento da rede de atenção básica à saúde permitirá *"maior acesso da população dando condições para os cidadãos que trabalham fora da circunscrição de onde moram possam ser atendidos mantendo-se a prevenção, características da atenção da saúde básica, e assim produzindo maior qualidade de vida aos munícipes. Ainda o presente projeto possibilitará que o atendimento da população seja efetivo, pois, com a ampliação do horário, mais usuários serão atendidos. Cumpre ainda elucidar a economicidade da medida já que possibilitará maior efetividade aos equipamentos de saúde já existentes, portanto, a presente propositura pretende otimizar o atendimento à saúde básica"*.

Considerando que a matéria envolve assunto atinente à saúde, foi solicitado que esta Secretaria tecesse considerações sobre o referido Projeto, com vistas a subsidiar a deliberação do senhor Prefeito no momento oportuno.

Por sua vez, a Coordenação da Atenção Básica manifestou-se pelo veto à proposta legislativa, em razão das considerações tecidas às fls. 10/12.

Os autos, então, foram encaminhados a esta Assessoria para análise jurídica do projeto.

É o relatório. Passo a opinar.

No tocante ao aspecto jurídico, o Projeto não reúne condições de se converter em lei, conforme abaixo demonstrado.

Consoante disposto no art. 2º da Lei nº 8080/90, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), *"a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício"*.

A



PREFEITURA DA CIDADE DE
SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Processo nº 03-399/13
COPIA

Folha de informação nº 14 do processo
nº 2013-0.312.876-0, em 4 de novembro de 2013 (a)

Ainda de acordo com o citado artigo, "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" (art. 2º, § 1º).

Por sua vez, o art. 7º, IX, "a" e "b", da Lei dispõe que, "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: (...) IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde".

Ademais, consoante disposto no art. 9º, III, da citada lei, no âmbito dos Municípios, a direção do SUS será exercida pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente, competindo-lhe: (I) planejar, organizar, controlar e avaliar as ações 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; e (XII) normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Vê-se, portanto, que o estabelecimento de ações do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito dos municípios, compete, por força de lei federal, às respectivas Secretarias de Saúde ou órgão equivalente.

Dessa forma, a fixação de horário de funcionamento de unidades de saúde por força de lei de iniciativa do legislativo configura verdadeira usurpação de competência da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, razão pela qual o projeto em análise deve ser rejeitado de plano.

Com efeito, ao interferir no horário de funcionamento das unidades de saúde, o projeto em questão interfere na própria formulação de política de saúde, cuja competência no âmbito municipal, por força da Lei Federal nº 8080/90, é da Secretaria Municipal de Saúde (art. 9º, III).

Ademais, a extensão do horário de funcionamento da rede de atenção básica à saúde deve levar em consideração diversos fatores, entre eles a demanda de atendimento, a necessidade de profissionais

¹ Art. 18 da Lei nº 8080/90.



PREFEITURA DA CIDADE DE
SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

70 de 71
03-399/13
CÓPIA

Folha de informação nº 15 do processo
nº 2013-0.312.876-0, em 4 de novembro de 2013 (a)

da saúde, e a segurança das unidades, dos servidores e dos usuários envolvidos, fatores esses que somente a Secretaria Municipal da Saúde tem de condições de estabelecer, após um estudo minucioso sobre o impacto dessa medida.

Ainda que assim não fosse, o Projeto também não reúne condições de se converter em lei, posto que inconstitucional, na medida em que contraria o princípio da independência dos poderes previsto no art. 2º da Constituição Federal e no art. 5º da Constituição do Estado São Paulo.

Com efeito, ao legislar sobre o horário de funcionamento de unidades de saúde, o Projeto interfere nas atribuições da Secretaria Municipal da Saúde, extrapolando, portanto, a competência legislativa do autor do projeto.

Com efeito, conforme se verifica do disposto no art. 69 da Lei Orgânica do Município de São Paulo, compete, privativamente, ao Prefeito, além de outras atribuições previstas na referida Lei, (XVI) propor à Câmara Municipal projetos de lei sobre criação, alteração das Secretarias Municipais e Subprefeituras, inclusive sobre suas estruturas e atribuições.

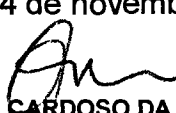
Portanto, no caso em questão, o referido projeto de lei usurpa competência privativa do senhor Prefeito, razão pela qual deve ser vetado na íntegra.

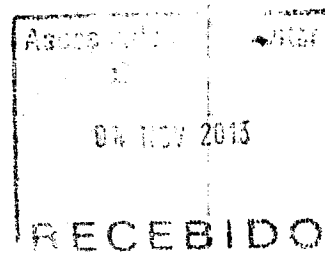
Ademais, o PL ora analisado cria despesas para a Administração Municipal, interferindo, assim, mais uma vez na competência exclusiva do Executivo, prevista no art. 70, VI, da Lei Orgânica do Município, sem sequer prever a fonte de custeio de tais despesas.

Diante do exposto, encaminho o presente a Vossa Senhoria, proponho o veto total ao PL em comento.

Por oportuno, cumpre salientar que a área técnica competente não se manifestou sobre a viabilidade da medida proposta, nem em relação ao seu impacto financeiro sobre o orçamento municipal, conforme solicitado às fls. 02 e 08.

São Paulo, 4 de novembro de 2013.


LAERCIO CARDOSO DA SILVA
Procurador do Município
OAB/SP nº 103.589
SMS.G/AJ



Folha de informação nº 16

Do Processo nº 2013.0.312.876-0 em 06.11.2013

a) 
William Hélio de Souza
Rf: 729753

INTERESSADO: Câmara Municipal de São Paulo

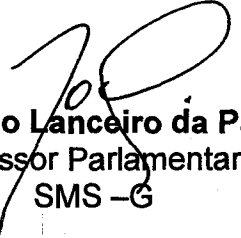
ASSUNTO: Projeto de Lei nº 399/13, de autoria do Vereador Wadih Mutran, que dispõe sobre o horário de funcionamento das Unidades Básicas (UBS) e da Assistência Médica Ambulatorial (AMA), que prestam serviços pelo período de 14 horas, no âmbito da Cidade de São Paulo. Pedido de subsídios.

À
Coordenação da Atenção Básica
Senhora Coordenadora

Reconduzo o presente para pronunciamento conclusivo da Área Técnica competente dessa Coordenação, nos termos solicitado às fls.08.

Rogo a devolução do mesmo, devidamente instruído, em **Caráter de Prioridade.**

São Paulo, 06 de novembro de 2013.


José João Lanceiro da Palma
Assessor Parlamentar
SMS - G

JJLP/whs

Folha de Informação Nº 17

Do processo 2013-0.312.876-0.....em.....

Edilaine
Edilaine Correia Rozendo de Souza
ATA - RF.: 639.917.7.00

INTERESSADO: Câmara Municipal de São Paulo

ASSUNTO: Projeto de Lei nº 399/13 de autoria do Vereador Wadith Mutran, que dispõe sobre o horário de funcionamento das UBSs e das AMAs

À

SMS-G / Assessoria Jurídica

A/C – Iamar Oliveira Matheus

Folha nº 72 de 73
Processo nº 01-399/13
Luiz
Luiz Jun Costa
RF. 11.006 - SUP-12

Tramitação Contínua a SMS-G / CFO

Em complementação à manifestação da Atenção Básica em fls.10, 11 e 12, esclarecemos que, independente dos impedimentos de ordem jurídica, a coordenação da atenção básica se mostra totalmente contrária ao PL em função dos seguintes argumentos técnicos:

- Algumas das principais funções da UBS, enquanto ordenadora do cuidado, tais como, vinculação ao território, adscrição de clientela, desenvolvimento de ações de promoção de qualidade de vida e prevenção de agravos, atendimentos programados e parceria com comunidade são realizadas no período diurno, pois dependem de interação entre sujeitos, sendo que no período noturno/madrugada a população não está disponível para este compartilhamento.
- Os casos de demanda espontânea nas UBS ocorrem predominantemente no período diurno, pois intercorrências surgidas durante madrugada ou tarde da noite são naturalmente direcionadas pela própria comunidade e/ou SAMU aos serviços de pronto socorro e AMAs que funcionam 24 horas.
- O contingente de agravos noturnos/madrugada é significativamente menor (em torno de 30% do total) podendo ser devidamente atendido pela rede assistencial de urgência tal qual se configura hoje (prontos socorros e 12 AMAs 24 horas), sem maiores problemas. Assim, a abertura ininterrupta de

todas as 120 AMAs mostra-se desnecessária, caracterizando desperdício financeiro e de pessoal.

- O acesso aos serviços da atenção básica fica equacionado com abertura das Unidades Básicas até 19 h e também aos sábados (15 h), posto que contempla demanda de trabalhadores, estudantes.. através da oferta de maiores opções de horários para consultas.
- Experiências de outras localidades demonstram que o atendimento em UBS cai vertiginosamente após as 20 h, principalmente em função de questões de segurança. Outrossim, existe também dificuldade para alocação de profissionais nestes turnos em razão do acima mencionado.

Fica assim demonstrada a inconsistência técnica da proposta para abertura das UBS e de todas as AMAs por período ininterrupto de 24 horas.

CÓPIA

São Paulo, 14 de novembro de 2013.

Atenciosamente,

CLÓVIS SILVEIRA JUNIOR
Assessor Técnico – Atenção Básica/SMS-G

De acordo:


REJANE CALIXTO GONÇALVES
Coordenadora da Atenção Básica /SMS-G

RCG /ecrs

Folha nº 74 de 75
Processo nº 01-399/13
028
Último J.º
COPIA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Folha de informação nº 19 do
em 18/11/13

Do Processo 2013.0.312.876-0

Senhor Assessor Chefe,

Trata-se de pedido de análise jurídica e técnica, acerca do Projeto de Lei 399/13, que objetiva estender o horário de funcionamento de todas as AMAs e UBSs, tanto em relação ao texto legal, quanto ao substitutivo.

Conforme se depreende da justificativa apresentada, verifica-se a argumentação em prol da permissão do maior acesso da população, notadamente em relação àqueles que trabalham fora da circunscrição, viabilizando o atendimento e otimizando desse modo a atenção da saúde básica.

As fls. 10/12 a Coordenação de Atenção Básica manifesta-se expondo suas razões técnicas acerca do veto ao PL em comento.

Na sequência os autos foram remetidos a esta A.J, em que o D. Procurador do Município, exara as suas considerações sob a vertente jurídica, opinando pelo veto total do aludido Projeto de Lei, porém sugere o retorno dos autos novamente a área técnica, para manifestação contundente sobre a viabilidade da proposta, nos termos solicitados às fls. 02/ e 08/09.

Novamente a Coordenação de Atenção Básica exara suas considerações sob o ponto de vista técnico, explanando em síntese a inconsistência técnica da proposta para abertura de UBS e de todas as AMAs por período ininterrupto de 24 horas.

Não obstante, em que pese todos os argumentos técnicos lançados, reitero o parecer acostado às fls. 13/15, e na sua esteira sugiro o veto total ao PL em pauta, eis que sob o ponto de vista jurídico, dentre outros argumentos, evidente está a inconstitucionalidade na sua conversão em lei, face ao princípio da independência dos poderes; desnecessária a criação despesas para Administração Municipal interferindo na competência exclusiva do Município, conforme outrora exposto.

Sendo assim, proponho o encaminhamento do expediente a SGM.ATL – Chefia, esclarecendo desde já que o prazo elencado às fls. 08, restou ultrapassado, eis que os autos foram enviados a esta A.J. nesta data.

São Paulo, 18 de Novembro de 2013.

Emilene Audrey Gabriel
Assessoria Jurídica
OAB/SP 253.614
SMS.G

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Folha nº 75 de 76
01-399/13
COPIA

Do Processo 2013.0.312.876-0

Folha de informação nº 20 do
em 18/11/13

Raimundo Tadeu dos Santos
Assessor Jurídico / SMS.G
R.F.: 380.161-3

SMS.G

Senhor Assessor Parlamentar,

À vista da manifestação da Assessoria Jurídica que acolho, encaminho o presente a Vossa Senhoria para as demais providências cabíveis, sugerindo o veto total ao Projeto de Lei nº 399/13.

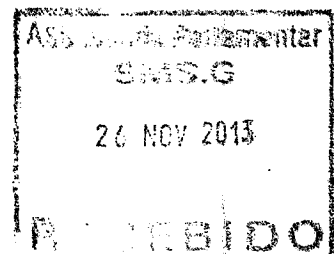
São Paulo, 18 de Novembro de 2.013.

RICARDO MARCONDES MARTINS

Chefe de Assessoria Jurídica

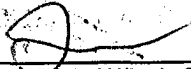
OAB/SP 180.005

SMS.G



Do Processo nº 2013.0.312.876-0 em 26.11.2013

a)


William Hélio de Souza
Rf: 729753

INTERESSADO: Câmara Municipal de São Paulo

ASSUNTO:

Projeto de Lei nº 399/13, de autoria do Vereador Wadih Mutran, que dispõe sobre o horário de funcionamento das Unidades Básicas (UBS) e da Assistência Médica Ambulatorial (AMA), que prestam serviços pelo período de 14 horas, no âmbito da Cidade de São Paulo. Pedido de subsídios.

À

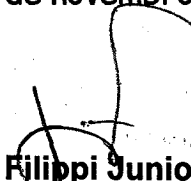
SGM/ATL- Chefia

Senhora Assessora Especial

Em atendimento a solicitação de V.Sa., a matéria em pauta foi reencaminhada para pronunciamento das Áreas Técnicas competentes desta Pasta.

Inquirida a Coordenação da Atenção Básica, se mostrou desfavorável ao Projeto em tela, haja vista a inconsistência técnica do espírito da proposta, caracterizando desperdício financeiro e de pessoal, lembrando, ainda, que o tema já se encontra contemplado no Planejamento Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde, juntadas às fls.10/11/12/13/14/15/17 e 18, Já Assessoria Jurídica por sua vez reitera o parecer acostado às fls.13/15, sugerindo seu veto, eis que sob o ponto de vista legal a proposta evidencia certo exagero em suas ações impõe obrigações ao Executivo, contrariando o princípio da independência dos poderes, interferindo na competência exclusiva da municipalidade, às fls.19 e 20, razão pela qual, nesta oportunidade reiteramos **VETO TOTAL** ao Projeto de Lei em comento.

São Paulo, 26 de novembro de 2013.


José de Filippi Junior
Secretário Municipal da Saúde
SMS-G

JJLP/whs

Pedido de vistas ao Vereador / à Vereadora

Alfredinho

deferido na reunião original de: 09/04/14

Obs: para devolução é de 2 dias, nos termos do 4º, artigo 63 do R. I.

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL

DE _____/_____/_____

Página _____ Col. _____

Conferido _____

Segue _____ juntado _____, nesta data documento(s)
e papel de informação rubricado _____ sob folha(s)

nº 18 Em 09/04/14

Liliana Jun Ogura

RF. 11.095 - Técnico Administrativo



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº 78 do

Processo nº 01-399/13

Liliane Jun Ogura
RE. 11.095 - SGP-12

16 - PAR
16- 00322/2014

PARECER

**A COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL,
TRABALHO E MULHER SOBRE O PROJETO DE LEI 399/2013.**

O Projeto de Lei, de autoria dos Nobres Vereadores Laércio Benko e Orlando Silva, que dispõe sobre o horário de funcionamento das Unidades de Saúde Básicas (UBS) e da Assistência Médica Ambulatorial (AMAS), que prestam serviços pelo período de 14 horas, no âmbito da Cidade de São Paulo, e dá outras providências.

A Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa exarou parecer pela legalidade.

A Comissão de Administração Pública emitiu parecer favorável ao projeto apresentando substitutivo, elaborado com o objetivo de estabelecer que todas as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e as Assistências Médicas Ambulatoriais (AMAs) funcionem de segunda a sábado ininterruptamente, por 24 horas diárias.

A proposição em questão tem a intenção de permitir maior acesso da população, dando condições para que os cidadãos que trabalham fora da circunscrição onde moram possam ser atendidos mantendo-se a prevenção, características da atenção da saúde básica, e assim produzindo maior qualidade de vida aos munícipes.

Tendo em vista o exposto, no âmbito desta Comissão, quanto ao mérito que devemos analisar, entendemos que o projeto deve prosperar.

Portanto, favorável é o nosso parecer nos termos do projeto original.

Sala da Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher 09/04/14.

Calvo
Presidente

Alfredinho

Ricardo Young

Netinho de Paula

X Natalini - relator

Noemi Nonato

Patrícia Bezerra

17 - RELCOM
17- 00329/2014

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL

DE 10 / 04 / 13

Pág. 87 Col. 4º

Conferido 29.9

Lillane Jun Ogura
Técnico Administrativo
RF. 11.095

À Comissão de Finanças

Em 10 / 04 / 14

Lillane Jun Ogura 29.9
RF. 11.095

RECEBIDO

Comissão de Finanças e Orçamento

Em 10/04/14 às 15h15

RF 11261

Vinicius Moreira do Nascimento
RF. 11.261

Ao Vereador / A Vereadora

Adilson Madu
Para relatar.
Sala da Comissão de Finanças e Orçamento.

Em 22 / 04 / 14

Presidente
Obs. O prazo para manifestação é de 8 dias, nos termos do § 3º artigo 63 do RI.

Segue — juntado — nesta data documento(s)
e papel de informação rubricado — sob folha(s)
nº 79 Em 05 / 09 / 14
Vinicius Moreira do Nascimento
RF. 11.261 - SGP-12

36 - OF-SGP12
36-00279/2014

São Paulo, 17 de julho de 2014.

CÓPIA

Senhor Prefeito,

Em atenção ao requerido pela Douta Comissão de Finanças e Orçamento, nos termos do art. 68 do Regimento Interno e nos termos do art. 32, § 2º, inciso III, da Lei Orgânica do Município, encaminho a Vossa Excelência pedido de informações sobre o Projeto de Lei nº 399/2013, de autoria dos Vereadores Laércio Benko e Orlando Silva, que *dispõe sobre o horário de funcionamento das Unidades de Saúde Básicas (UBS) e de Assistência Médica Ambulatorial (AMAS), que prestam serviços pelo período de 14 horas, no âmbito da Cidade de São Paulo, e dá outras providências.*

Valho-me da oportunidade para renovar a Vossa Excelência os meus protestos de elevado apreço e distinta consideração.


JOSÉ AMÉRICO
Presidente

Anexo: cópia do requerimento citado.

A Sua Excelência o Senhor
Doutor Fernando Haddad
Digníssimo Prefeito da Cidade de São Paulo



Luciana André dos Santos
Encarregada do Setor II
RF: 794.875.1

Segue — juntado —, nesta data documento(s)
e papel de Informação rubricado — sob folha(s)
nº 80 a 94 Em 05 / 09 / 14
Vilicius Moreira do Nascimento
RF. 11.261 - SGP-12



Prefeitura do Município de São Paulo

São Paulo, 18 de agosto de 2014.

GABINETE DO PREFEITO

Ofício A. I. L. nº 301/14-C

Ref.: OF. SGP-12 nº 00279/2014

Folha nº 80 do

Processo nº 01-399/13

Vinicius Moreira do Nascimento
RF. 11.281 - SGP-12

15 - DOCREC
15- 00621/2014

Senhor Presidente

Reportando-me ao ofício acima referenciado, relativo ao pedido de subsídios formulado pela Comissão de Finanças e Orçamento acerca do Projeto de Lei nº 399/13, de autoria dos Vereadores Laércio Benko e Orlando Silva, que objetiva alterar o período de funcionamento de todas as UBSs e AMAs para 24 horas diárias ininterruptas, transmito a essa Presidência, por cópia, os pronunciamentos exarados no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde.

Na oportunidade, renovo a Vossa Excelência meus protestos de apreço e consideração.

FRANCISCO MACENA DA SILVA
Secretário do Governo Municipal

Ao

Excelentíssimo Senhor

JOSÉ AMÉRICO DIAS

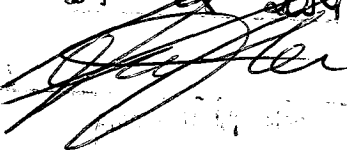
Digníssimo Presidente da Câmara Municipal de São Paulo

JAM/GGSM/sr
Resp 899-13

1349 15/08/2014 08:31:31 - Protocolo Legislativo - SGP-12

Finanças

28 de 2019



RECEBIDO

Comissão de Finanças e Orçamento

Em 02/09/19 às 14h

RF 11.261

Vinicius Moreira do Nascimento
RF. 11.261

CÓPIA

Folha de Informação nº 10

Daniel Vasquez S. F. Leite
Enc. de Equipe
RE 4045
SMS
31/10/2013

Do Processo nº 2013.0.312.876 – 0 em 30.10.2013

Interessado: Câmara Municipal de São Paulo

Assunto: Projeto de Lei nº 399/13, de autoria do Vereador Wadih Mutran, que dispõe sobre o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da Assistência Médica Ambulatorial (AMA), que prestam serviços pelo período de 14 horas, no âmbito da Cidade de São Paulo. Pedido de subsídios.

À

Assessoria Jurídica

Em tramitação Contínua

Trata o presente expediente instituir no âmbito do Município de São Paulo horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Assistências Médicas Ambulatoriais (AMAs), quanto a estas questões temos a informar:

- ✓ O Município de São Paulo conta com 447 UBS;
- ✓ 120 AMAs sendo 94 acopladas fisicamente a uma UBS, que executam ações de pronto atendimento;
- ✓ A Atenção Básica em grande parte do município encontra-se sob a gestão das Organizações Sociais (OS) por meio de convênios e contratos.

Atualmente a SMS tem como tarefa fundamental qualificar a Atenção Básica, organizando a UBS Integral no MSP, que dentre suas premissas e objetivos visa ampliar o horário de funcionamento, incluindo os sábados.

Essas premissas serão guias de orientação para o compromisso de governo da implantação de 43 novas UBS Integral, e da gradativa transformação de todas as UBS de modelo tradicional em unidades de saúde que adotem a concepção das UBS Integral,

CÓPIA

Folha de Informação nº 11

Daniel Vasquez S. F. Leite
Enc. de Folha
RE 4035
SME
31/10/2017

Do Processo nº 2013.0.312.876 – 0 em 30.10.2013

assim como restituir a área física da UBS perdida para os AMAs, garantindo ambiência humanizada.

No atual momento o MSP conta com 03 UBS Integral: Jd Mirian II, Vera Cruz na CRS SUL e UBS Integral Maringá Talarico na CRS Sudeste, sendo que o horário implementado nestas UBS é: de segunda à sexta das 7:00 às 19:00 horas, e aos sábados das 8:00 às 14:00 horas.

A UBS Integral deverá realizar atendimento do paciente não agendado de forma superior ao que ocorre hoje proporcionado pelas AMAs acopladas às UBS.

Com relação ao acesso aos serviços especializados o município conta hoje com 20 Ambulatórios de Especialidades (AE) e 19 AMA Especialidade (AMA –E) . Esses equipamentos serão melhor utilizados com um processo de reestruturação do seu papel assistencial em curso. A implantação da REDE HORA CERTA definida como um conjunto de 32 unidades reunirá consultas especializadas, exames de apoio diagnóstico e cirurgias eletivas ambulatoriais.

O atendimento na REDE HORA CERTA deve contemplar o horário de funcionamento no período noturno e aos sábados, assim como o suporte à distância por telefone e internet.

As despesas das ações acima elencadas estão previstas dentro do Programa de Metas da prefeitura de São Paulo 2013-2016, e este deve discriminar os custos envolvidos para a execução dos objetivos e atividades propostas e estruturadas na Programação. O processo de planejamento do SUS foi detalhado na Portaria nº 3.332/2006, que aprovou orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.

O Programa de Metas 2013-2016 ordena os compromissos do Executivo a partir dos seguintes eixos temáticos: 1. Compromisso com os direitos sociais e civis; 2. Desenvolvimento econômico sustentável com redução das desigualdades; e 3. Gestão descentralizada, participativa e transparente.

CÓPIA

Folha de Informação nº 12
Haniel Vasques B. R. Leite
Enc. de Equipe
RE 4035
SMS
31/10/2013

Do Processo nº 2013.0.312.876 – 0 em 30.10.2013

Com o desenvolvimento desses processo, e especialmente, com as definições da 17ª Conferência Municipal de Saúde, a SMS-SP estará habilitada para a construção do seu Plano Municipal de Saúde, que deverá fundamentar o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) da Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS -6) de modo a detalhar as proposições e as estratégias segundo os instrumentos de planejamento do SUS, previstos pelo Decreto Federal 7.508/2011.

Diante do exposto consideramos que o conteúdo do Projeto de Lei nº 399/2013 já se encontra contemplado no Planejamento Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, portanto devolvemos o mesmo com a proposta de veto total ao PL em comento.


Dra. Rejane Calixto Gonçalves
Coordenadora

Coordenação da Atenção Básica/SMS.G



PREFEITURA DA CIDADE DE
SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Folha nº 84 do

Processo nº 01-399/13
Vinícius Moreira do Nascimento
RF. 11.201 - SGP-12

Folha de informação nº 3 do processo

nº 2013-0.312.876-0, em 4 de novembro de 2013 (a)

SMS.G

Senhor Assessor Parlamentar,

CÓPIA

PROBASTADO
Assessoria Jurídica
S.F. 54047-0004

Trata o presente do Projeto de Lei nº 399/13, que, na forma do seu substitutivo, pretende fixar o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Assistências Médicas Ambulatoriais (AMAs), no âmbito do Município de São Paulo, em 24 horas diárias e ininterruptas, de segunda a sábado.

De acordo com a justificativa apresentada, a extensão do horário de funcionamento da rede de atenção básica à saúde permitirá *"maior acesso da população dando condições para os cidadãos que trabalham fora da circunscrição de onde moram possam ser atendidos mantendo-se a prevenção, características da atenção da saúde básica, e assim produzindo maior qualidade de vida aos munícipes. Ainda o presente projeto possibilitará que o atendimento da população seja efetivo, pois, com a ampliação do horário, mais usuários serão atendidos. Cumpre ainda elucidar a economicidade da medida já que possibilitará maior efetividade aos equipamentos de saúde já existentes, portanto, a presente propositura pretende otimizar o atendimento à saúde básica"*.

Considerando que a matéria envolve assunto atinente à saúde, foi solicitado que esta Secretaria tecesse considerações sobre o referido Projeto, com vistas a subsidiar a deliberação do senhor Prefeito no momento oportuno.

Por sua vez, a Coordenação da Atenção Básica manifestou-se pelo veto à proposta legislativa, em razão das considerações tecidas às fls. 10/12.

Os autos, então, foram encaminhados a esta Assessoria para análise jurídica do projeto.

É o relatório. Passo a opinar.

No tocante ao aspecto jurídico, o Projeto não reúne condições de se converter em lei, conforme abaixo demonstrado.

Consoante disposto no art. 2º da Lei nº 8080/90, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), *"a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício"*.

A



**PREFEITURA DA CIDADE DE
SÃO PAULO**
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Folha nº 85 do

Processo nº 01-399/13
Vinícius Moreira do Nascimento
RF. 11.261 - SGP-12

Folha de informação nº 11 do processo
nº 2013-0.312.876-0, em 4 de novembro de 2013 (a)

CÓPIA

Ainda de acordo com o citado artigo, *"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"* (art. 2º, § 1º).

Por sua vez, o art. 7º, IX, "a" e "b", da Lei dispõe que, *"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: (...) IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde"*.

Ademais, consoante disposto no art. 9º, III, da citada lei, no âmbito dos Municípios, a direção do SUS será exercida pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente, competindo-lhe: (I) planejar, organizar, controlar e avaliar as ações 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; e (XII) normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Vê-se, portanto, que o estabelecimento de ações do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito dos municípios, compete, por força de lei federal, às respectivas Secretarias de Saúde ou órgão equivalente.

Dessa forma, a fixação de horário de funcionamento de unidades de saúde por força de lei de iniciativa do legislativo configura verdadeira usurpação de competência da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, razão pela qual o projeto em análise deve ser rejeitado de plano.

Com efeito, ao interferir no horário de funcionamento das unidades de saúde, o projeto em questão interfere na própria formulação de política de saúde, cuja competência no âmbito municipal, por força da Lei Federal nº 8080/90, é da Secretaria Municipal de Saúde (art. 9º, III).

Ademais, a extensão do horário de funcionamento da rede de atenção básica à saúde deve levar em consideração diversos fatores, entre eles a demanda de atendimento, a necessidade de profissionais



PREFEITURA DA CIDADE DE
SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Folha nº 86 do

Processo nº 01-399/13

Vinícius Moreira do Nascimento
RF. 11.261 SGP-12

CÓPIA

Folha de informação nº 15 do processo

nº 2013-0.312.876-0, em 4 de novembro de 2013 (a)

da saúde, e a segurança das unidades, dos servidores e dos usuários envolvidos, fatores esses que somente a Secretaria Municipal da Saúde tem de condições de estabelecer, após um estudo minucioso sobre o impacto dessa medida.

Ainda que assim não fosse, o Projeto também não reúne condições de se converter em lei, posto que inconstitucional, na medida em que contraria o princípio da independência dos poderes isto no art. 2º da Constituição Federal e no art. 5º da Constituição do Estado de São Paulo.

Com efeito, ao legislar sobre horário de funcionamento de unidades de saúde, o Projeto interfere nas atribuições da Secretaria Municipal da Saúde, extrapolando, portanto, a competência legislativa do autor do projeto.

Com efeito, conforme se verifica do disposto no art. 69 da Lei Orgânica do Município de São Paulo, compete, privativamente, ao Prefeito, além de outras atribuições previstas na referida Lei, (XVI) propor à Câmara Municipal projetos de lei sobre criação, alteração das Secretarias Municipais e Subprefeituras, inclusive sobre suas estruturas e atribuições.

Portanto, no caso em questão, o referido projeto de lei usurpa competência privativa do senhor Prefeito, razão pela qual deve ser vetado na íntegra.

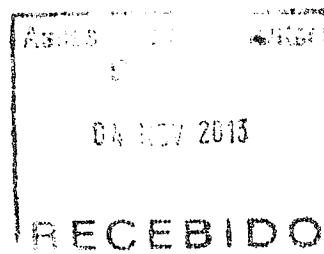
Ademais, o PL ora analisado cria despesas para a Administração Municipal, interferindo, assim, mais uma vez na competência exclusiva do Executivo, prevista no art. 70, VI, da Lei Orgânica do Município, sem sequer prever a fonte de custeio de tais despesas.

Diante do exposto, encaminho o presente a Vossa Senhoria, proponho o veto total ao PL em comento.

Por oportuno, cumpre salientar que a área técnica competente não se manifestou sobre a viabilidade da medida proposta, nem em relação ao seu impacto financeiro sobre o orçamento municipal, conforme solicitado às fls. 02 e 08.

São Paulo, 4 de novembro de 2013.


LAERCIO CARDOSO DA SILVA
Procurador do Município
OAB/SP nº 103.589
SMS.G/AJ



CÓPIA

Folha de informação nº 16

Do Processo nº 2013.0.312.876-0 em 06.11.2013

a)


William Hélio de Souza
Rf: 729753

INTERESSADO: Câmara Municipal de São Paulo

ASSUNTO:

Projeto de Lei nº 399/13, de autoria do Vereador Wadih Mutran, que dispõe sobre o horário de funcionamento das Unidades Básicas (UBS) e da Assistência Médica Ambulatorial (AMA), que prestam serviços pelo período de 14 horas, no âmbito da Cidade de São Paulo. Pedido de subsídios.

À

Coordenação da Atenção Básica
Senhora Coordenadora

Reconduzo o presente para pronunciamento conclusivo da Área Técnica competente dessa Coordenação, nos termos solicitado às fls.08.

Rogo a devolução do mesmo, devidamente instruído, em **Caráter de Prioridade.**

São Paulo, 06 de novembro de 2013.


José João Lancelero da Palma
Assessor Parlamentar
SMS - G

JJLP/whs

CÓPIA

Folha de Informação Nº 17

Do processo 2013-0.312.876-0.....em.....

H. H. B.
Edilaine
Edilaine Cardoso Rozendo de Souza
ATA RF.: 639.917.7.00

INTERESSADO: Câmara Municipal de São Paulo

ASSUNTO: Projeto de Lei nº 399/13 de autoria do Vereador Wadith Mutran, que dispõe sobre o horário de funcionamento das UBSs e das AMAs

À

SMS-G / Assessoria Jurídica

A/C – Iamar Oliveira Matheus

Tramitação Contínua a SMS-G / CFO

Em complementação à manifestação da Atenção Básica em fls.10, 11 e 12, esclarecemos que, independente dos impedimentos de ordem jurídica, a coordenação da atenção básica se mostra totalmente contrária ao PL em função dos seguintes argumentos técnicos:

- Algumas das principais funções da UBS, enquanto ordenadora do cuidado, tais como, vinculação ao território, adscrição de clientela, desenvolvimento de ações de promoção de qualidade de vida e prevenção de agravos, atendimentos programados e parceria com comunidade são realizadas no período diurno, pois dependem de interação entre sujeitos, sendo que no período noturno/madrugada a população não está disponível para este compartilhamento.
- Os casos de demanda espontânea nas UBS ocorrem predominantemente no período diurno, pois intercorrências surgidas durante madrugada ou tarde da noite são naturalmente direcionadas pela própria comunidade e/ou SAMU aos serviços de pronto socorro e AMAs que funcionam 24 horas.
- O contingente de agravos noturnos/madrugada é significativamente menor (em torno de 30% do total) podendo ser devidamente atendido pela rede assistencial de urgência tal qual se configura hoje (prontos socorros e 12 AMAs 24 horas), sem maiores problemas. Assim, a abertura ininterrupta de

CÓPIA

todas as 120 AMAs mostra-se desnecessária, caracterizando desperdício financeiro e de pessoal.

- O acesso aos serviços da atenção básica fica equacionado com abertura das Unidades Básicas até 19 h e também aos sábados (15 h), posto que contempla demanda de trabalhadores, estudantes.. através da oferta de maiores opções de horários para consultas.
- Experiências de outras localidades demonstram que o atendimento em UBS cai vertiginosamente após as 20 h, principalmente em função de questões de segurança. Outrossim, existe também dificuldade para alocação de profissionais nestes turnos em razão do acima mencionado.

Fica assim demonstrada a inconsistência técnica da proposta para abertura das UBS e de todas as AMAs por período ininterrupto de 24 horas.

São Paulo, 14 de novembro de 2013.

Atenciosamente,

CLÓVIS SILVEIRA JUNIOR
Assessor Técnico – Atenção Básica/SMS-G

De acordo:


REJANE CALIXTO GONÇALVES
Coordenadora da Atenção Básica /SMS-G

RCG /ecrs

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Folha nº 90 do

Processo nº 01-399/13

Vinícius Moreira do Nascimento

RF. 11.237 - SGP-12

Folha de informação nº 19 do
em 18/11/13

Do Processo 2013.0.312.876-0

F. Eduardo Tadeu dos Santos
Assessoria Jurídica SMS-G
R.F. 980161-3

Senhor Assessor Chefe,

CÓPIA

Trata-se de pedido de análise jurídica e técnica, acerca do Projeto de Lei 399/13, que objetiva estender o horário de funcionamento de todas as AMAs e UBSs, tanto em relação ao texto legal, quanto ao substitutivo.

Conforme se depreende da justificativa apresentada, verifica-se a argumentação em prol da permissão do maior acesso da população, notadamente em relação àqueles que trabalham fora da circunscrição, viabilizando o atendimento e otimizando desse modo a atenção da saúde básica.

As fls. 10/12 a Coordenação de Atenção Básica manifesta-se expondo suas razões técnicas acerca do veto ao PL em comento.

Na sequência os autos foram remetidos a esta A.J., em que o D. Procurador do Município, exara as suas considerações sob a vertente jurídica, opinando pelo veto total do aludido Projeto de Lei, porém sugere o retorno dos autos novamente a área técnica, para manifestação contundente sobre a viabilidade da proposta, nos termos solicitados às fls. 02/ e 08/09.

Novamente a Coordenação de Atenção Básica exara suas considerações sob o ponto de vista técnico, explanando em síntese a inconsistência técnica da proposta para abertura de UBS e de todas as AMAs por período ininterrupto de 24 horas.

Não obstante, em que pese todos os argumentos técnicos lançados, reiteiro o parecer acostado às fls. 13/15, e na sua esteira sugiro o veto total ao PL em pauta, eis que sob o ponto de vista jurídico, dentre outros argumentos, evidente está a inconstitucionalidade na sua conversão em lei, face ao princípio da independência dos poderes; desnecessária a criação despesas para Administração Municipal interferindo na competência exclusiva do Município, conforme outrora exposto.

Sendo assim, proponho o encaminhamento do expediente a SGM.ATL – Chefia, esclarecendo desde já que o prazo elencado às fls. 08, restou ultrapassado, eis que os autos foram enviados a esta A.J. nesta data.

São Paulo, 18 de Novembro de 2013.

Emilene Audrey Gabriel
Assessoria Jurídica
OAB/SP 253.614
SMS.G

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Folha nº 91 do

Processo nº 01-399/13

Vinícius Moreira do Nascimento
RF. 11.261 / SGP-12

Folha de informação nº 20 do
em 18/11/13

Do Processo 2013.0.312.876-0

Raimundo Tadeu dos Santos
Assessoria Jurídica / SMS.G
R.F.: 580.161-3

SMS.G

Senhor Assessor Parlamentar,

CÓPIA

À vista da manifestação da Assessoria Jurídica que acolho,
encaminho o presente a Vossa Senhoria para as demais providências cabíveis, sugerindo o veto total
ao Projeto de Lei nº 399/13.

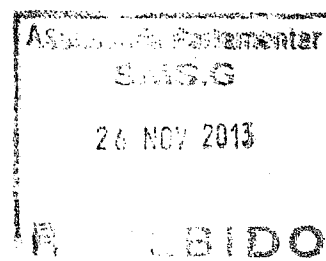
São Paulo, 18 de Novembro de 2.013.

RICARDO MARCONDES MARTINS

Chefe de Assessoria Jurídica

OAB/SP 180.005

SMS.G



COPIA

Folha de informação nº 21

Do Processo nº 2013.0.312.876-0 em 26.11.2013

a)


William Hélio de Souza
Rf. 729753

INTERESSADO: Câmara Municipal de São Paulo

ASSUNTO:

Projeto de Lei nº 399/13, de autoria do Vereador Wadih Mutran, que dispõe sobre o horário de funcionamento das Unidades Básicas (UBS) e da Assistência Médica Ambulatorial (AMA), que prestam serviços pelo período de 14 horas, no âmbito da Cidade de São Paulo. Pedido de subsídios.

A

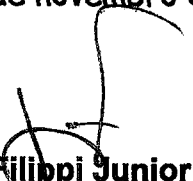
SGM/ATL- Chefia

Senhora Assessora Especial

Em atendimento a solicitação de V.Sa., a matéria em pauta foi reencaminhada para pronunciamento das Áreas Técnicas competentes desta Pasta.

Inquirida a Coordenação da Atenção Básica, se mostrou desfavorável ao Projeto em tela, haja vista a inconsistência técnica do espírito da proposta, caracterizando desperdício financeiro e de pessoal, lembrando, ainda, que o tema já se encontra contemplado no Planejamento Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde, juntadas às fls.10/11/12/13/14/15/17 e 18, Já Assessoria Jurídica por sua vez reitera o parecer acostado às fls.13/15, sugerindo seu veto, eis que sob o ponto de vista legal a proposta evidencia certo exagero em suas ações impõe obrigações ao Executivo, contrariando o princípio da independência dos poderes, interferindo na competência exclusiva da municipalidade, às fls.19 e 20, razão pela qual, nesta oportunidade reiteramos **VETO TOTAL** ao Projeto de Lei em comento.

São Paulo, 26 de novembro de 2013.


José de Filippi Junior
Secretário Municipal da Saúde
SMS-G

JJLP/whs

CÓPIA

Folha nº 93 de

Processo nº 01399/13

Vinícius Moreira do Nascimento
RF. 11.261/SGP-12

Folha de Informação nº 28

em 01/08/2014 (a)

Do Processo 2013-0.312.876-0

Interessado: Câmara Municipal de São Paulo

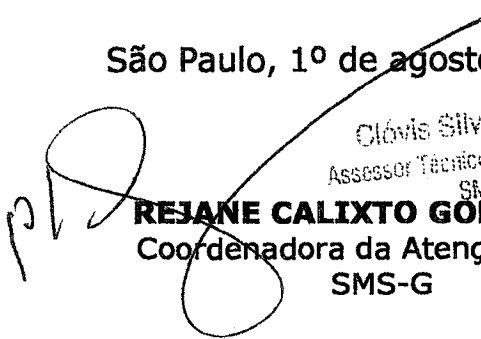
Assunto: Projeto de Lei 399/2013, de autoria do Legislativo, que objetiva estender, conforme específica, o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Assistências Médicas Ambulatoriais (AMA).

**À
SMS-G / Chefia de Gabinete
Sra. Chefe de Gabinete**

Consoante ao solicitado à folha 27 em resposta ao indagado à folha 24, esclareço que o montante estimado que seria gasto com o projeto gira em torno de aumento de 30% do orçado atualmente, em função de necessidade de ampliação de jornada de trabalho dos funcionários. Ressalta-se que este dado é impreciso, pois variáveis como adicional de distância ou de dificuldade de provimento, diferenças salariais das distintas categorias de profissionais, tabela de lotação de pessoal diferenciada interferem sobremaneira nos custos finais.

No entanto, já feita exposição contundente às folhas 17/18 explicitando a contrariedade por parte da atenção básica com relação ao projeto de lei.

São Paulo, 1º de agosto de 2014.

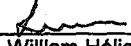

Clóvis Silveira Júnior
Assessor Técnico - Atenção Básica
SMS-G
REJANE CALIXTO GONÇALVES
Coordenadora da Atenção Básica
SMS-G

Csj/efs

CÓPIA

Folha de informação nº 29

Do Processo nº 2013.0.312.876-0 em 04.08.2014

a) 
William Hélio de Souza
Rf. 729753

INTERESSADO: Câmara Municipal de São Paulo

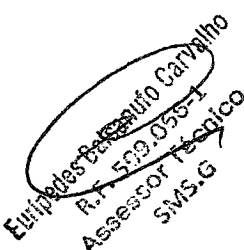
ASSUNTO: Projeto de Lei nº 399/13, de autoria do Legislativo, que objetiva estender, conforme especifica, o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e das Assistência Médicas Ambulatoriais (AMAS). Pedido de subsídios.

À
SGM/ATL - Chefia
Senhora Assessora Especial

Em atendimento à solicitação de V.Sa., segue o presente com as informações prestadas pela Coordenação da Atenção Básica, juntadas às fls.28, assim como, nesta oportunidade reiteramos **VETO TOTAL**, ao Projeto de Lei em comento.

São Paulo, 04 de agosto de 2014.


José de Filippi Junior
Secretário Municipal da Saúde
SMS - G


Eulíades Bezerra Carvalho
Rf. 509.055-1
Assessor Técnico
SMS-G

EBC/whs

Pedido de vistas ao Vereador / à Vereadora

JAIR TATTO

deferido na reunião ordinária de: 3 192 1 94

Obs: o prazo para devolução é de 2 dias, nos termos do § 4º, artigo 63 do R.I.

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Seguem, juntados nesta data ^{Papel para informação} Documento rubricados etc.
Folhas de nºs 95 em 774 de 15

Danillo Nunes da Silva
Técnico Administrativo
RF. 11.313



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº	95	do proc.
Nº	07-344	de 2015
a)	Danillo Nunes da Silva	
RP	11.313	

PAR

571/2015

PARECER Nº

DA COMISSÃO DE FINANÇAS E

ORÇAMENTO SOBRE O PROJETO DE LEI Nº 399/2013

O presente projeto de lei, de autoria dos nobres Vereadores Laércio Benko e Orlando Silva, visa determinar que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as de Assistência Médica Ambulatorial (AMAS), no âmbito da Cidade de São Paulo, deverão ter período mínimo de funcionamento diário de 14 (quatorze) horas, com horário de início de funcionamento às 07:00 horas e encerramento às 21:00 horas, de segunda a sábado.

Pelo art. 2º, as unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMAS) assim como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) poderão estabelecer horários mais amplos de funcionamento, ou estabelecer horários diferenciados a fim de atender a peculiaridade local.

A douta Comissão de Administração Pública apresentou substitutivo "...objetivando estabelecer que todas as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e as Assistências Médicas Ambulatoriais (AMAs) funcionem de segunda a sábado ininterruptamente, por 24 horas diárias".

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, nos termos do mencionado substitutivo da Comissão de Administração Pública.

Sala da Comissão de Finanças e Orçamento, em 15/4/2015.

Ver. José Police Neto
Presidente

Ver. Adilson Amadeu
Relator

Ver. Abou Anni

Ver. Aurélio Nomura

Ver. Jair Tatto

Ver. Milton Leite

Ver. Ota

Ver. Paulo Fiorilo

Ver. Ricardo Nunes

RELCOM

588/2015

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL

DE 771 4 1 2015

Pág. 777 Col. 4

Conferido _____

Danillo Nunes da Silva
Técnico Administrativo
RF. 11.313

À SGP 27

São Paulo 03/07/15

Danillo Nunes da Silva
Técnico Administrativo
RF. 11.313

À SGP-33, PARA ARQUIVAMENTO nos
termos do artigo 275 do Regimento Interno.

23/01/2017

Marcia Gazezi
Auxiliar Técnico Administrativo
RF 51.589

118757

SECRETARIA DE DOCUMENTAÇÃO
SUPERVISÃO DE ARQUIVO GERAL

Proc. encerrado com 95 fls

Arquivado em 24/01/2017

O Func.º Eliete L.S.

Eliete Lopes Silvério
RF 11.393 - SGP-33