**MODELO RESOLUÇÃO CIR/ CIB**

EM PAPEL TIMBRADO DO (ESTADO), ASSINADO PELO SECRETÁRIO.

**CREDENCIAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHAS**

Considerando a **Portaria de Consolidação Nº 1, de 28 de setembro de 2017**, sobre a Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde, que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em especial às Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas, descrita no Anexo XXII; Capítulo II - Das Equipes de Saúde da Família; Seção III - Das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense.

**Resolve:**

Homologar o pleito de XXX equipes de Saúde da Família Ribeirinhas do município XXX:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Selecione a solicitação que deseja:** | | **Número / quantidade** |
|  | **Credenciamento** de uma nova equipe |  |
|  | **Mudança de tipo de equipe** |  |
|  | **Adequação à nova Portaria** |  |

**I - Identificação das equipes:**

* Nome (não esquecer de informar se tem equipe de Saúde Bucal);
* INE (em caso de equipes já existentes)
* CNES UBS vinculada;
* Número de pessoas e comunidades atendidas pela equipe;
* Principais rios em que as comunidades atendidas estão localizadas;

**II – Logística:**

**a) Unidades de apoio (ou satélites) para o atendimento descentralizado:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Justificativa:** | (justificar a necessidade da quantidade solicitada) | | |
| **Nome da Unidade de Apoio** | **Localização** (acrescentar distância e tempo de deslocamento da sede do município ou UBS vinculada) | **Nº de comunidades atendidas naquela unidade de apoio** | **Nº de pessoas atendidas naquela unidade de apoio** |
|  |  |  |  |

**b) Embarcações de pequeno porte exclusivo para deslocamento da equipe:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Justificativa:** | (justificar a necessidade da quantidade solicitada) | | |
| **Número da embarcação** | **Localização** (rios que a embarcação percorrerá) | **Nº de comunidades atendidas por esta embarcação** | **Nº de pessoas atendidas por esta embarcação** |
|  |  |  |  |

**III - Equipe ampliada:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Justificativa:** | (justificar a necessidade da quantidade de profissionais acrescidos à equipe mínima) | | | |
| **Profissional** | **Quantidade** | **Atividades desenvolvidas pelo profissional** | **Nº de comunidades atendidas pela atuação deste profissional** | **Nº de pessoas atendidas pela atuação deste profissional** |
|  |  |  |  |  |