

PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS).



COMPONENTE AMPLIAÇÃO

PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS).

OBJETIVO

Ampliação de Unidades Básicas de Saúde municipais, como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica para desempenho de suas ações.



PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)

O **Componente Ampliação** no âmbito do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) foi instituído através da **PORTARIA Nº 2.394, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011.**



COMPONENTE AMPLIAÇÃO

O **COMPONENTE AMPLIAÇÃO** é definido pela **quantidade e tipos de ambiente** da Unidade Básica de Saúde, obedecidas as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pela Política Nacional de Atenção Básica, disciplinada pelo Ministério da Saúde.



COMPONENTE AMPLIAÇÃO

SERÃO **FINANCIADAS AMPLIAÇÕES** PARA QUAIS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) ?

- ✓ UBS implantadas em **imóvel próprio** do Município ou a ele **cedido por outro ente federativo**.



COMPONENTE AMPLIAÇÃO

QUAIS SÃO OS **CRITÉRIOS DE PRIORIDADE** PARA DEFINIÇÃO DO MONTANTE DE RECURSOS FINANCEIROS DESTINADOS AO PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO POR MUNICÍPIO?

- ✓ Percentual de população em situação de **extrema pobreza**.
- ✓ **Produto Interno Bruto (PIB)** per capita da respectiva Unidade de Federação.
- ✓ Percentual de **UBS em situação inadequada**.



COMPONENTE AMPLIAÇÃO

COMO **PLEITEAR A HABILITAÇÃO NO PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DE UBS – COMPONENTE AMPLIAÇÃO?**

Acessando o sítio eletrônico do Ministério da Saúde <http://dab.saude.gov.br/sistemas/qualificaUbs/> para memória de cálculo do valor do montante de recursos correspondentes à ampliação das UBS e **obter o formato da pré-proposta**, a qual **após a finalização** deverá ser encaminhada à respectiva **CIB** para validação e posterior aprovação do Ministério da Saúde.



COMPONENTE AMPLIAÇÃO

O município após concluir o cadastro de todas as pré-propostas de ampliação e definir prioridade das mesmas, deverá enviar uma cópia impressa das pré-propostas para a sua respectiva CIB.



COMPONENTE AMPLIAÇÃO

APÓS A VALIDAÇÃO DAS PRÉ-PROPOSTAS, as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e o Colegiado de Gestão da Secretária de Saúde do DF deverão **ENVIAR** ao **Ministério da Saúde**, especificamente junto ao Departamento de Atenção Básica, **a listagem das pré-propostas contempladas dos entes federados com os respectivos valores pactuados.**



COMPONENTE AMPLIAÇÃO

COMPETE AO MINISTÉRIO DA SAÚDE :

Aprovar a listagem das pré-propostas recebidas e seus respectivos valores, utilizando-se em sua avaliação, para fins de autorização e priorização, os critérios de percentual de população em situação de extrema pobreza, Produto Interno Bruto (PIB) per capita dos respectivos municípios e percentual de UBS em situação inadequada.



COMPONENTE AMPLIAÇÃO

Após análise e aprovação da lista de pré-propostas, o **Ministério da Saúde** publicará ato normativo específico **HABILITANDO** o Município ou o DF ao recebimento do incentivo financeiro previsto no Programa de Requalificação de UBS.



COMPONENTE AMPLIAÇÃO

Os valores dos recursos financeiros a serem destinados pelo Ministério da Saúde para o incentivo à **AMPLIAÇÃO** de cada Unidade Básica de Saúde respeitarão o seguintes valores:

- ✓ **VALOR MÍNIMO** de R\$ 50.000,00
- ✓ **VALOR MÁXIMO** de R\$ 250.000,00



PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)

COMPONENTE AMPLIAÇÃO

Uma vez publicado o ato normativo de habilitação, o **REPASSE dos recursos financeiros será realizado pelo Fundo Nacional de Saúde ao respectivo Fundo Municipal de Saúde ou ao Fundo de Saúde do Distrito Federal**, da seguinte forma:

PRIMEIRA PARCELA: equivalente a **20%** do valor total aprovado, a ser repassada após a publicação da Portaria específica de habilitação;

SEGUNDA PARCELA: equivalente a **80%** do valor total aprovado, a ser repassada após ratificação da CIB mediante apresentação pelo gestor local de ordem de início de serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA).



COMPONENTE AMPLIAÇÃO

Com o **término da ampliação** da Unidade Básica de Saúde, o **Município/Distrito Federal** assumirá a **MANUTENÇÃO PREVENTIVA** do referido estabelecimento de saúde pelo prazo mínimo de **5 ANOS** como condição para **continuar** no Programa e, depois desse prazo, para receber eventuais novos recursos.



COMPONENTE AMPLIAÇÃO

O **Município/Distrito Federal** deverá **informar**, no âmbito do Componente Ampliação do Programa de Requalificação das UBS ou quaisquer outros que forem instituídos dos quais esteja participando, o **início, andamento, conclusão e posteriores manutenções preventivas da obra**, incluindo-se documentos e informações requeridas pelo Sistema de Monitoramento do Programa de Requalificação das UBS, em endereço eletrônico a ser informado pelo Ministério da Saúde, como condição para continuar no Programa e receber eventuais novos recursos



COMPONENTE AMPLIAÇÃO

Em caso de **NÃO-APLICAÇÃO DOS RECURSOS** ou **NÃO REALIZAÇÃO DA AMPLIAÇÃO NO PERÍODO DE 1 (UM) ANO** após a transferência da segunda parcela, o **Município/Distrito Federal deverá RESTITUIR ao Fundo Nacional de Saúde os recursos que lhe foram repassados**, acrescidos de atualização monetária prevista em lei, cuja determinação decorrerá das fiscalizações promovidas pelos órgãos de controle interno, compreendendo os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) em cada nível de gestão e a Controladoria Geral da União (CGU).



PASSO A PASSO PARA CADASTRAR NO SISTEMA AS PRÉ-PROPOSTAS DE AMPLIAÇÃO.



1º PASSO PARA ACESSAR O SISTEMA



Página Inicial
Secretárias Estaduais
Painel de Pré-propostas
Telessaúde
Passo a Passo - Ampliação
Fale conosco
 Acesso ao Sistema

Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS)

[Fale conosco](#)

O Programa ora instituído tem como objetivo criar incentivo financeiro para as Unidades Básicas de Saúde implantadas em todo território nacional, como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica para desempenho de suas ações.

Para Pleitear a habilitação no Programa, o ente federativo deverá acessar o sistema de informação e obter o formato de pré-proposta, a qual após a finalização deverá ser encaminhada à respectiva CIB para validação.

Após a validação das pré-propostas pelas CIB ou pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, o Ministério da Saúde poderá aprovar total ou parcialmente a listagem das propostas recebidas e seus respectivos valores utilizando-se em sua avaliação o percentual de população em situação de extrema pobreza e o Produto Interno Bruto (PIB) per capita da respectiva Unidade de Federação e Municípios.

Portaria 2.394 de 11 de outubro de 2011
Portaria 2.206 de 12 de setembro de 2011

ATENÇÃO!

24 de novembro é a data limite para entrega das pré-propostas de reforma da CIB para o Ministério da Saúde.

1 – Para participar do componente Ampliação os municípios que ainda não responderam o questionário, deverão respondê-lo.

2 – Após o preenchimento do Questionário é necessário informar o CNPJ (Matriz - Fundo Municipal de Saúde) para acessar o Programa de Requalificação de UBS.



2º PASSO: Digitar **USUÁRIO** e **SENHA**



Página Inicial
Secretárias Estaduais
Painel de Pré-propostas
Telessaúde
Passo a Passo - Ampliação
Fale conosco
Acesso ao Sistema

Acesso ao sistema do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS)

* Dados obrigatórios

Login

O login e senha a serem utilizados são correspondentes ao do Fundo Municipal de Saúde / Distrito Federal.

1 - Caso não possua a senha informe o CNPJ do Fundo Municipal de Saúde (Matriz) no campo **Usuário** e clique no botão **LEMBRAR SENHA**, a senha será enviada para o e-mail cadastrado no sistema.

2 - Se o e-mail do Fundo Municipal de Saúde não estiver cadastrado ou está desatualizado, entre em contato com a **DICON** do seu estado.

Usuário * USUÁRIO

Senha *

ENTRAR

LEMBRAR SENHA



LOGIN E SENHA

O **LOGIN** e **SENHA** a serem utilizados são correspondentes ao do Fundo Municipal de Saúde / Distrito Federal.

Caso **não possua a senha** deverá informar o CNPJ do Fundo Municipal de Saúde no campo Usuário e clicar no botão **LEMBRAR SENHA**. A senha será enviada para o e-mail cadastrado no sistema.

Se o e-mail do Fundo Municipal de Saúde não estiver cadastrado ou estiver desatualizado, deverá entrar em contato com a **DICON** (Divisões de Convênios e Gestão) do seu estado.

● <http://www.fns.saude.gov.br/unidadesestaduais.asp>



APÓS DIGITAR SENHA E USUÁRIO SERÁ SOLICITADO O PREENCHIMENTO DOS DADOS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.

BRASIL

SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ

Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Você está logado como: **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

Dados do Fundo Municipal/Distrital de Saúde

Atenção, para realizar o cadastro das Pré-propostas é necessário informar os dados do Fundo Municipal de Saúde conforme Site da Receita Federal.

CNPJ do Fundo Municipal de Saúde: * 114010

Órgão ou Entidade: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE

Site:

Endereço:

Complemento:

Bairro:

CEP: 

Tipo * DDD * Número * Ramal

1 --SELECIONE--

[Inserir novo telefone](#) 

E-mail * Informativo Eletrônico do DAB?

1

[Inserir novo email](#) 

DADOS OBRIGATÓRIOS:

- ✓ ENDEREÇO
- ✓ BAIRRO
- ✓ CEP
- ✓ TELEFONE
- ✓ E-MAIL



QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

CASO O MUNICÍPIO AINDA NÃO TENHA PREENCHIDO O QUESTIONÁRIO ANTERIORMENTE, DEVERÁ PREENCHÊ-LO ANTES DE CADASTRAR A PRÉ-PROPOSTA.



Você está logado como: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CHA PRETA

Página Inicial
Cadastrar Técnico Responsável
Cadastrar Pré-Propostas
Reforma
Ampliação
Questionário
Acompanhamento
Passo a Passo - Ampliação
Fale conosco
Sair

Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS)

[Fale conosco](#)

O Programa ora instituído tem como objetivo a criar incentivo financeiro para as Unidades Básicas de Saúde implantadas em todo território nacional, como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica para desempenho de suas ações.

Para Pleitear a habilitação no Programa, o ente federativo deverá acessar o sistema de informação e obter o formato de pré-proposta, a qual após a finalização deverá ser encaminhada à respectiva CIB para validação.

Após a validação das pré-propostas pelas CIB ou pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, o Ministério da Saúde poderá aprovar total ou parcialmente a listagem das propostas recebidas e seus respectivos valores utilizando-se em sua avaliação o percentual de população em situação de extrema pobreza e o produto interno (PIB) per capita da respectiva Unidade de Federação e Municípios.

Portaria 2.394 de 11 de outubro de 2011
Portaria 2.206 de 12 de setembro de 2011

ATENÇÃO!

18 de novembro é a data limite para entrega das pré-proposta de reforma da CIB para o Ministério da Saúde.

1 – Para realizar o cadastro das pré-propostas o município deverá responder o **Questionário de Diagnóstico das Unidades Básicas de Saúde**. [Clique aqui para acessar o sistema](#).

2 – Após o preenchimento do Questionário acima acesse neste sistema informando o CNPJ (Matriz - Fundo Municipal de Saúde) e Senha utilizada nos sistemas do Fundo Nacional de Saúde.



QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DAS UBS

O sistema não permite que o município cadastre uma pré-proposta sem preencher o questionário de diagnóstico das UBS.

Cadastrar Pré-proposta





Atenção, o questionário do Programa de Regualificação das Unidades Básicas de Saúde não foi respondido para o Estabelecimento ESF . [Clique aqui para responde-lo](#)

Bairro da Unidade Básica de Saúde:

Unidade Básica de Saúde:

Tipo de Pré-proposta:

Pré-Propostas Cadastradas para Reformas

Número	CNES	Estabelecimento	Valor - R\$	Alterar	Visualizar
009984000107/2011-01		ESF BOH	105.514,58		
009984000107/2011-03		UNIDADE BASICA IV	37.660,94		




Para responder o questionário é necessário clicar em alguns dos itens destacados abaixo:

SIM, FUNCIONANDO - nos casos em que o questionário ainda não foi preenchido .

Questionário Incompleto - nos casos em que ainda é preciso informar algum dado.

Questionário de Diagnóstico de UBS

[Ir para o Sistema de Pré-propostas](#)

CNES	Bairro	Estabelecimento	Unidade está funcionando?		Alterar Questionário	Imprimir
2182068	ALTO DOS MENEZES	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA ALTO DOS MENEZES	SIM	Questionário Incompleto	-	-
2182319	AREIAS	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA AREIAS I	SIM	Questionário OK	-	
2186241	BELO VALE	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA BELO VALE	SIM, FUNCIONANDO	NÃO, ESTÁ DESATIVADA	-	-
2704927	BOTAFOGO	UBS BOTAFOGO	SIM, FUNCIONANDO	NÃO, ESTÁ DESATIVADA	-	-
2182424	BOTAFOGO	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA TROPICAL	SIM, FUNCIONANDO	NÃO, ESTÁ DESATIVADA	-	-
2182254	BOTAFOGO 2 SECAO	UBS CRUZEIRO	SIM, FUNCIONANDO	NÃO, ESTÁ DESATIVADA	-	-
2181896	BRAUNAS	UBS BRAUNAS	SIM, FUNCIONANDO	NÃO, ESTÁ DESATIVADA	-	-
3096335	CBNTR	RIBEIRAO DAS NEVES CENTRO DE APOIO MEDICO E PERICIAL	SIM, FUNCIONANDO	NÃO, ESTÁ DESATIVADA	-	-
2125765	CBNTR	RIBEIRAO DAS NEVES PENITENCIARIA JOSE MARIA ALKIMIN	SIM, FUNCIONANDO	NÃO, ESTÁ DESATIVADA	-	-



QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.

Questionário de Diagnóstico de UBS -

Responder as questões específicas desta unidade básica. Caso seja identificada **alguma inconsistência** referente aos dados apresentados abaixo, favor **providenciar as correções no sistema do CNES**. Os dados correspondem a uma consulta realizada em Maio de 2011.

NÃO ESTÁ FUNCIONANDO

Identificação da Unidade

Nome: ESF SAO PEDRO DO AVAI **CNES:** 2173093
Tipo de Unidade: CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA
Logradouro: AV BOM PASTOR **Complemento:**
Bairro: CENTRO

Quantidade de Equipes e Profissionais cadastrados no CNES

Quantidade de Equipes - **Equipes SF:** 1 **Equipe SF com SB:** 0

Quantidade de Profissionais das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal - **Médico:** 1 **Dentista:** 0 **Enfermeiro:** 1

Quantidade de Profissionais da Atenção Básica não vinculados às Equipes - **Médico:** 0 **Dentista:** 0 **Enfermeiro:** 0

Sobre o Modelo

Modelo de Atenção Básica
Qual é o modelo de Atenção Básica utilizada pela UBS?

(Saúde da Família, Tradicional ou Mista.)

Sobre o Imóvel

Tipo de Imóvel

(Próprio, Alugado ou Cedido)

Metragem do Imóvel
Informe a quantidade de metros quadrados do imóvel

Tem Documento Comprobatório?
O imóvel, se próprio, está com a documentação regular?

Sim ou Não.

Ano de Construção do Imóvel Ex.: 2011
Em que ano o imóvel foi construído ou inaugurado?

Ano da Última Reforma Ex.: 2011
Em que ano foi realizada a última reforma do imóvel? Caso a UBS esteja em reforma informar 2011.

A UBS tem Internet?
Tem internet disponível para pelo menos um computador dentro UBS?

Sim ou Não.

A UBS tem Internet em pelo menos 50% dos consultórios?
Tem internet disponível em pelo menos 50% dos consultórios da UBS?

Sim ou Não.



SALVAR DADOS

VOLTAR



Se o questionário for enviado com sucesso, aparecerá a seguinte tela permitindo que seja cadastrada pré-proposta de ampliação.

Concluído

Questionário enviado com sucesso.

Identificação da Unidade

Nome:	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA	CNES:	21823
Tipo de Unidade:	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	Complemento:	
Logradouro:	RUA SAO		
Bairro:	AREIAS		

Quantidade de Equipes e Profissionais cadastrados no CNES

Quantidade de Equipes - **Equipes SF:** 0 **Equipe SF com SB:** 0

Quantidade de Profissionais das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal - **Médico:** 1 **Dentista:** 0 **Enfermeiro:** 1

Quantidade de Profissionais da Atenção Básica não vinculados às Equipes - **Médico:** 0 **Dentista:** 0 **Enfermeiro:** 0

Sobre o Modelo

Modelo de Atenção Básica Saúde da Família

Qual é o modelo de Atenção Básica utilizada pela UBS?

Sobre o Imóvel

Tipo de Imóvel Própria

Metragem do Imóvel 120,00
Informe a quantidade de metros quadrados do imóvel

Tem Documento Comprobatório? Sim
O imóvel, se próprio, está com a documentação regular?

Ano de Construção do Imóvel 1998
Em que ano o imóvel foi construído ou inaugurado?

Ano da Última Reforma
Em que ano foi realizada a última reforma do imóvel?
Caso a UBS esteja em reforma informar 2011.

A UBS tem Internet? Não
Tem internet disponível para pelo menos um computador dentro UBS?

A UBS tem Internet em pelo menos 50% dos Não consultórios?
Tem internet disponível em pelo menos 50% dos consultórios da UBS?



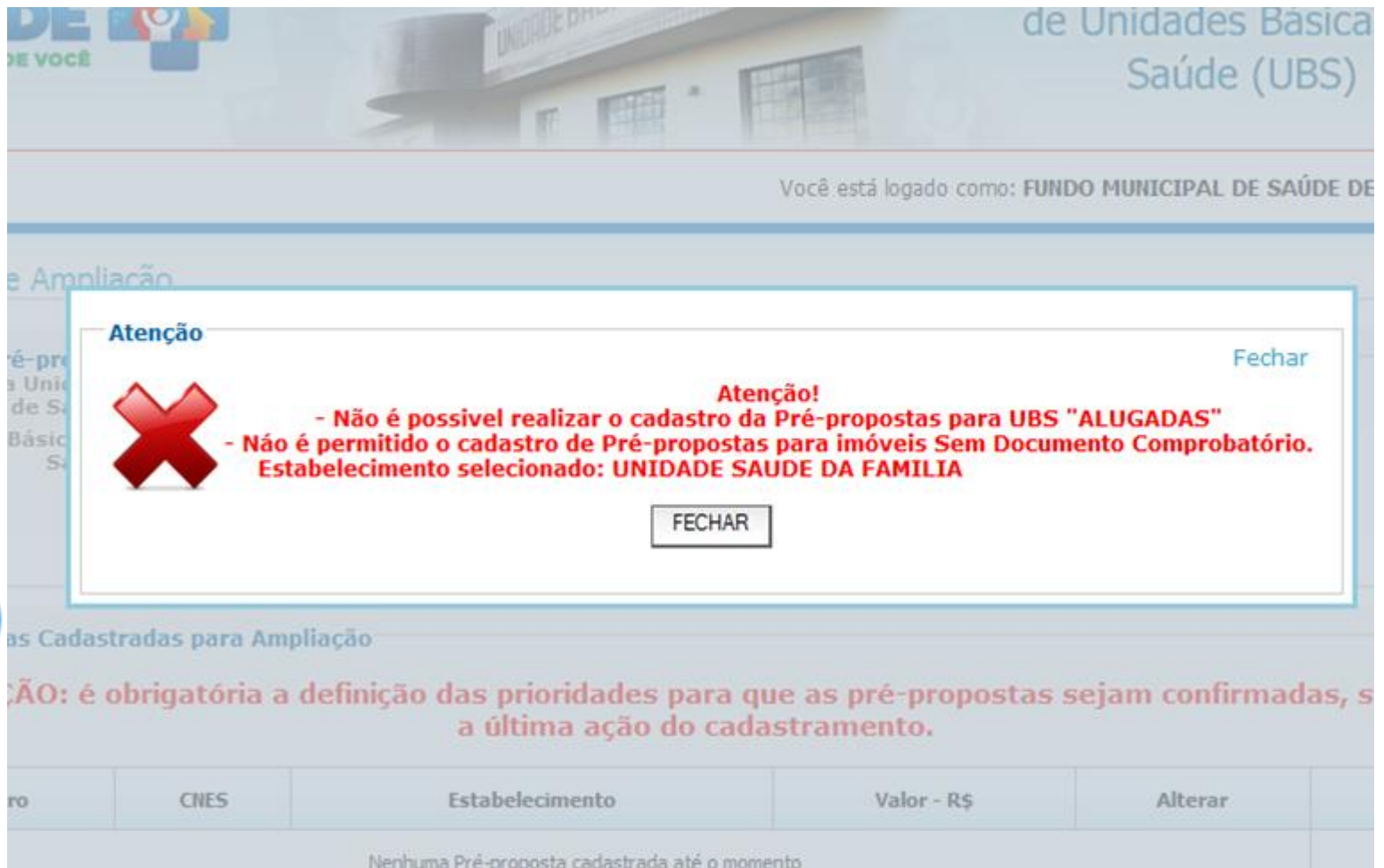
CADASTRO PRÉ-PROPOSTA DE AMPLIAÇÃO

CADASTRAR OUTRO QUESTIONÁRIO



ATENÇÃO

AS UBS ALUGADAS OU QUE NÃO TENHAM DOCUMENTO COMPROBATÓRIO NÃO PODERAM CADASTRAR PRÉ-PROPOSTA PARA AMPLIAÇÃO.



The screenshot shows a web application interface for a health system. At the top, there is a header with the text "de Unidades Básica Saúde (UBS)" and "Você está logado como: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE". Below the header, there is a section titled "Atenção" with a large red 'X' icon. The message reads: "Atenção! - Não é possível realizar o cadastro da Pré-propostas para UBS 'ALUGADAS' - Não é permitido o cadastro de Pré-propostas para imóveis Sem Documento Comprobatório. Estabelecimento selecionado: UNIDADE SAUDE DA FAMILIA". A "FECHAR" button is visible below the message. In the background, there is a table with columns for "ro", "CNES", "Estabelecimento", "Valor - R\$", and "Alterar". At the bottom, it says "Nenhuma Pré-proposta cadastrada até o momento".

Atenção

Fechar

Atenção!
- Não é possível realizar o cadastro da Pré-propostas para UBS "ALUGADAS"
- Não é permitido o cadastro de Pré-propostas para imóveis Sem Documento Comprobatório.
Estabelecimento selecionado: UNIDADE SAUDE DA FAMILIA

FECHAR

ro CNES Estabelecimento Valor - R\$ Alterar

Nenhuma Pré-proposta cadastrada até o momento



ATENÇÃO: o questionário de diagnóstico só poderá ser alterado **uma única vez**.

BRASIL

SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ

Questionário do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS)

A⁺ A⁺ A⁺

Você está logado como: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE _____ Sair

Questionário de Diagnóstico de UBS

Ir para o Sistema de Pré-propostas

CNES	Bairro	Estabelecimento	Unidade está funcionando?	Alterar Questionário	Imprimir
*****	CENTRO			OK	
*****	CENTRO			OK	
*****	CENTRO			ATIVADA	-
*****	CENTRO			OK	
*****	CENTRO	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA III	NÃO	CORRIGIR, UBS FUNCIONANDO	-
*****	ZONA RURAL	PS VIII	SIM, FUNCIONANDO	NÃO, ESTÁ DESATIVADA	-

Mensagem da página da web

?

Só será permitido alterar o questionário uma única vez.

OK Cancelar



Para visualizar o questionário clique na imagem da impressora.



3º PASSO: Cadastrar o Técnico Responsável



Você está logado como: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE

Sair



Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Fale conosco

O Programa ora instituído tem como objetivo a criar incentivo financeiro para as Unidades Básicas de Saúde implantadas em todo território nacional, como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica para desempenho de suas ações.

Para Pleitear a habilitação no Programa, o ente federativo deverá acessar o sistema de informação e obter o formato de pré- proposta, a qual após a finalização deverá ser encaminhada à respectiva CIB para validação.

Após a validação das pré- propostas pelas CIB ou pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, o Ministério da Saúde poderá aprovar total ou parcialmente a listagem das propostas recebidas e seus respectivos valores utilizando- se em sua avaliação o percentual de população em situação de extrema pobreza e o produto interno (PIB) per capita da respectiva Unidade de Federação e Municípios.

Portaria 2.394 de 11 de outubro de 2011
Portaria 2.206 de 12 de setembro de 2011

ATENÇÃO!

18 de novembro é a data limite para entrega das pré-proposta de reforma da CIB para o Ministério da Saúde.

1 – Para realizar o cadastro das pré-propostas o município deverá responder o **Questionário de Diagnóstico das Unidades Básicas de Saúde**. [Clique aqui para acessar o sistema](#).

2 – Após o preenchimento do Questionário acima acesse neste sistema informando o CNPJ (Matriz - Fundo Municipal de Saúde) e Senha utilizados nos sistemas do Fundo Nacional de Saúde.



Para iniciar o cadastramento do Técnico é necessário digitar o CPF.

BRASIL

SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Você está logado como: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE [Sair](#)

Identificação do Responsável pelo cadastro da Pré-proposta

CPF *

Nome	
MANOEL PEREIRA	

Técnico já cadastrado anteriormente.

- Página Inicial
- Cadastrar Técnico Responsável
- Cadastrar Pré-Propostas
- Reforma
- Ampliação
- Questionário
- Acompanhamento
- Passo a Passo - Ampliação
- Fale conosco
- Sair



Cadastrando o Técnico Responsável

Cadastro do Técnico Responsável do Fundo Municipal de Saúde

CPF * 823

Identidade (RG)

Orgão Emissor do RG: SELEIONE ▼

UF do Orgão Emissor do RG: SELEIONE ▼

Date de Emissão do RG

Nome:

Data de Nascimento *

Sexo * SELEIONE ▼

Cargo

Formação * SELEIONE ▼

Instituição de Ensino *

Curso *


Endereço *

Complemento


Bairro *

UF * --SELEIONE-- ▼

Município * SELEIONE A UF ▼


CEP * 


1 Tipo * --SELEIONE-- ▼ DDD * Número * Ramal

Inserir novo telefone 

E-mail * Informativo DAB?

1

Inserir novo email 

 ENVIAR VOLTAR

DADOS A SEREM PREENCHIDOS:

- ✓ CPF
- ✓ RG (Nº, ORGÃO EMISSOR E DATA DE EMISSÃO)
- ✓ NOME
- ✓ DATA DE NASCIMENTO
- ✓ SEXO
- ✓ CARGO
- ✓ FORMAÇÃO
- ✓ INSTITUIÇÃO DE ENSINO
- ✓ CURSO
- ✓ ENDEREÇO COMPLETO
- ✓ TELEFONE
- ✓ E-MAIL



Para iniciar o cadastro das pré-propostas clique em **AMPLIAÇÃO**.



BRASIL

SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ

Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Você está logado como: **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE**

[Página Inicial](#)

[Cadastrar Técnico Responsável](#)

[Cadastrar Pré-Propostas](#)

Reforma

Ampliação

[Questionário](#)

[Acompanhamento](#)

[Passo a Passo - Ampliação](#)

[Fale conosco](#)

[Sair](#)

Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS)

[Fale conosco](#)

O Programa ora instituído tem como objetivo a criar incentivo financeiro para as Unidades Básicas de Saúde implantadas em todo território nacional, como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica para desempenho de suas ações.

Para Pleitear a habilitação no Programa, o ente federativo deverá acessar o sistema de informação e obter o formato de pré-proposta, a qual após a finalização deverá ser encaminhada à respectiva CIB para validação.

Após a validação das pré-propostas pelas CIB ou pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, o Ministério da Saúde poderá aprovar total ou parcialmente a listagem das propostas recebidas e seus respectivos valores utilizando-se em sua avaliação o percentual de população em situação de extrema pobreza e o produto interno (PIB) per capita da respectiva Unidade de Federação e Municípios.

Portaria 2.394 de 11 de outubro de 2011
Portaria 2.206 de 12 de setembro de 2011

ATENÇÃO!
18 de novembro é a data limite para entrega das pré-proposta de reforma da CIB para o Ministério da Saúde.

- 1 – Para realizar o cadastro das pré-propostas o município deverá responder o **Questionário de Diagnóstico das Unidades Básicas de Saúde**. [Clique aqui para acessar o sistema.](#)
- 2 – Após o preenchimento do Questionário acima acesse neste sistema informando o CNPJ (Matriz - Fundo Municipal de Saúde) e Senha utilizados nos sistemas do Fundo Nacional de Saúde.

Selecione o BAIRRO e a UBS.



BRASIL

SAÚDE
MAIS PERTO DE VOCÊ

Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS)


A⁺ A⁴ A⁺


Você está logado como: **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE**


Sair

Componente Ampliação

Cadastrar Pré-proposta

 Bairro da Unidade Básica de Saúde: --SELECIONE--

 Unidade Básica de Saúde: [v]

 CADASTRAR PROPOSTA

Pré-Propostas Cadastradas para Ampliação

ATENÇÃO: é obrigatória a definição das prioridades para que as pré-propostas sejam confirmadas, sendo essa a última ação do cadastramento.

Número	CNES	Estabelecimento	Valor - R\$	Alterar	Excluir
Nenhuma Pré-proposta cadastrada até o momento					



VOLTAR

DEFINIR PRIORIDADE - AMPLIAÇÃO



Para iniciar o cadastramento selecione os seguintes itens:

- Responsável
- Ampliação compatível para quantas equipes?

SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ   **BRASIL**

Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Você está logado como: **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE** [Sair](#)

Componente Ampliação

Unidade Básica de Saúde
CNES: 1072
Unidade: UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA
Endereço: RUA ROMILDO MAGALHAES - S/N, CENTRO, 69

Serviços
Qualifica UBS: SIM
Metragem da UBS: 100,00
Tipo de Pré-proposta: AMPLIAÇÃO

Responsável: SELECIONE
Ampliação compatível para quantas equipes?: SELECIONE

Valor da Pré-proposta: **R\$ 0,00**

* A Metragem Atual deve ser preenchida, informe "0" caso não tenha o ambiente.

Código	Descrição do Serviço	Unidade	Metragem Atual *	Metragem a Ser Ampliada	Subtotal (R\$)
AMBIENTES					
1	RECEPÇÃO	m²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0.00"/>	0,00
2	SALA DE ESPERA	m²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0.00"/>	0,00
3	CONSULTÓRIO	m²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0.00"/>	0,00



ATENÇÃO

Metragens (mínima e máxima) a serem alcançadas após ampliação da UBS, utilizando como parâmetro a área compatível para 1, 2, 3 e 4 equipes.

Área compatível para 1 equipe: $\geq 154 \text{ m}^2$ e $\leq 170 \text{ m}^2$

Área compatível para 2 equipes: $\geq 175 \text{ m}^2$ e $\leq 250 \text{ m}^2$

Área compatível para 3 equipes: $\geq 192 \text{ m}^2$ e $\leq 300 \text{ m}^2$

Área compatível para 4 equipes: $\geq 209 \text{ m}^2$ e $\leq 340 \text{ m}^2$

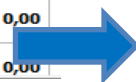


Cadastrando os Serviços na Pré-proposta

Código	Descrição do Serviço	Unidade	Metragem Atual	Metragem a Ser Ampliada	Subtotal (R\$)
AMBIENTES					
1	RECEPÇÃO	m ²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0.00"/>	0,00
2	SALA DE ESPERA	m ²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0.00"/>	0,00
3	CONSULTÓRIO	m ²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0.00"/>	0,00
4	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO	m ²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0.00"/>	0,00
5	SALA DE PROCEDIMENTOS	m ²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0.00"/>	0,00
6	SALA DE VACINAS	m ²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0.00"/>	0,00
7	SALA DE CURATIVOS	m ²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0.00"/>	0,00
8	SALA DE REUNIÕES	m ²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0.00"/>	0,00
9	COPA / COZINHA	m ²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0.00"/>	0,00
10	DEPÓSITO DE MATERIAL DE LIMPEZA (DML)	m ²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0.00"/>	0,00
11	BANHEIRO PARA PÚBLICO (ADAPTADO PARA DEFICIENTES FÍSICOS)	m ²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0.00"/>	0,00
12	BANHEIRO PARA FUNCIONÁRIOS	m ²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0.00"/>	0,00
13	SALA DE UTILIDADES	m ²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0.00"/>	0,00
14	DEPÓSITO DE LIXO	m ²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0.00"/>	0,00
15	ABRIGO DE RESÍDUOS SÓLIDOS	m ²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0.00"/>	0,00
16	ALMOXARIFADO	m ²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0.00"/>	0,00
17	BANHEIRO DE CONSULTÓRIO	m ²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0.00"/>	0,00
18	SALA DE NEBULIZAÇÃO	m ²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0.00"/>	0,00

OBS:

- ✓ A Metragem Atual deve ser preenchida, informe "0" caso não tenha o ambiente.
- ✓ Nessa planilha será informado por ambiente, a metragem atual e a metragem a ser ampliada.
- ✓ O valor a ser gasto será calculado automaticamente, à medida que as metragens forem informadas.



Cadastrando os Serviços na Pré-proposta

Continuação da Tela anterior

19	FARMÁCIA	m ²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,00"/>	<input type="text" value="0,00"/>
20	SALA DE ESTERILIZAÇÃO	m ²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,00"/>	<input type="text" value="0,00"/>
21	SALA PARA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	m ²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,00"/>	<input type="text" value="0,00"/>
AMBIENTES - ATENDIMENTO AMBULATORIAL					
1	SALA DE OBSERVAÇÃO (CURTA DURAÇÃO)	m ²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,00"/>	<input type="text" value="0,00"/>
2	BANHEIRO (OBRIGATÓRIO PARA SALA DE OBSERVAÇÃO)	m ²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,00"/>	<input type="text" value="0,00"/>
3	ÁREA PARA EMBARQUE E DESEMBARQUE DE AMBULÂNCIA ¹	m ²	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,00"/>	<input type="text" value="0,00"/>
Área do Atendimento Ambulatorial			0,00 m²	0,00 m²	R\$ 0,00
Total ²			0,00 m²	0,00 m²	R\$ 0,00
Area Final da UB ³				0,00 m²	

¹ O valor médio para construção de cobertura da área de embarque e desembarque de ambulância é de R\$280,00/m².

² Área total a ser ampliada + Área de circulação(20% da Área total a ser ampliada).

³ Área informada no Questionário do Programa de Requalificação + Área total a ser ampliada + Área de circulação(20% da Área total a ser ampliada).

* Caso a Unidade Básica de Saúde tenha dois ou mais ambientes iguais e deseje ampliar os mesmos, deverá informar o **valor total** da metragem atual e da metragem a ser ampliada.



SALVAR PROPOSTA

CANCELAR

OBS:

- ✓ A Metragem Atual deve ser preenchida, informe "0" caso não tenha o ambiente.
- ✓ Nessa planilha será informado por ambiente, a metragem atual e a metragem a ser ampliada.
- ✓ O valor a ser gasto será calculado automaticamente, à medida que as metragens forem informadas.



SE A PRÉ-PROPOSTA FOR REGISTRADA COM SUCESSO, APARECERÁ A SEGUINTE MENSAGEM:



Você está logado como: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE

Sair

Proposta cadastrada com Sucesso!



CNES: 20039

Estabelecimento: UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA

Nº da Proposta: 2701202003996/5

Valor R\$: 150.825,00

OK



ÚLTIMO PASSO: DEFINIR PRIORIDADES

Após **CONFIRMAR A ORDEM DE PRIORIDADE** das Pré-propostas para ampliação, não será possível realizar **NENHUMA ALTERAÇÃO**, inclusive cadastrar novas pré-propostas referentes a outras Unidades Básicas de Saúde e ordenação das mesmas.



Você está logado como: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE JARDIMARAOU

Componente Ampliação

Definir Prioridades - Ampliação

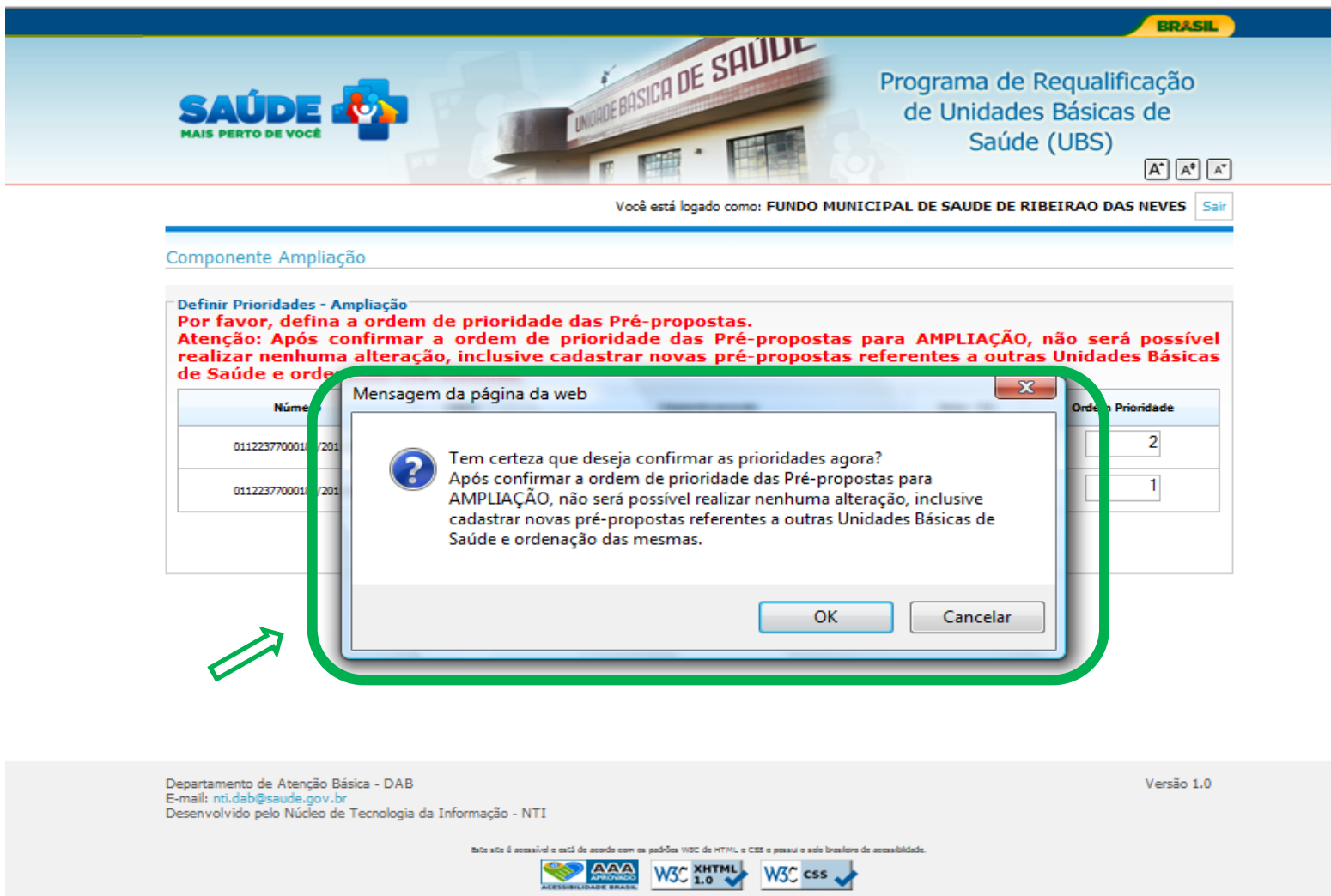
Por favor, defina a ordem de prioridade das Pré-propostas.

Atenção: Após confirmar a ordem de prioridade das Pré-propostas para AMPLIAÇÃO, não será possível realizar nenhuma alteração, inclusive cadastrar novas pré-propostas referentes a outras Unidades Básicas de Saúde e ordenação das mesmas.

Número	CNES	Estabelecimento	Valor - R\$	Ordem Prioridade
00996849000167/2011-	217304	ESF VILA NOVA	102.000,00	<input type="text" value="3"/>
00996849000167/2011-	217309	ESF SANTO AMARO BOM JESUS	92.250,00	<input type="text" value="1"/>
00996849000167/2011-	217307	ESF PONTE DO SILVA	97.500,00	<input type="text" value="2"/>



Após confirmar a definição de prioridades, aparecerá uma mensagem da página da web perguntando se tem certeza que deseja confirmar as prioridades naquele momento.



BRASIL

SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ

Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Você está logado como: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE RIBEIRAO DAS NEVES Sair

Componente Ampliação

Definir Prioridades - Ampliação

Por favor, defina a ordem de prioridade das Pré-propostas.
Atenção: Após confirmar a ordem de prioridade das Pré-propostas para AMPLIAÇÃO, não será possível realizar nenhuma alteração, inclusive cadastrar novas pré-propostas referentes a outras Unidades Básicas de Saúde e ordem.

Número	Ordem	Prioridade
0112237700016 / 201	<input type="checkbox"/>	2
0112237700016 / 201	<input type="checkbox"/>	1

Mensagem da página da web

Tem certeza que deseja confirmar as prioridades agora?
Após confirmar a ordem de prioridade das Pré-propostas para AMPLIAÇÃO, não será possível realizar nenhuma alteração, inclusive cadastrar novas pré-propostas referentes a outras Unidades Básicas de Saúde e ordenação das mesmas.

OK Cancelar

Departamento de Atenção Básica - DAB
E-mail: nti.dab@saude.gov.br
Desenvolvido pelo Núcleo de Tecnologia da Informação - NTI

Versão 1.0

Este site é acessível e está de acordo com os padrões W3C de HTML e CSS e possui o selo brasileiro de acessibilidade.

AAA ACESSIBILIDADE BRASIL W3C XHTML 1.0 W3C CSS



Após confirmar a definição de prioridades, aparecerá uma mensagem confirmando o cadastrado das pré-propostas e solicitando a impressão das mesmas.

SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ

Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Você está logado como: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE JORDAO Sair

Componente Ampliação

Definir Prioridade
Por favor, defina a Prioridade. Atenção: Após a definição de prioridades, não será possível realizar a alteração da ordem de prioridades.

Pré-proposta Confirmada com sucesso!
Prioridade gravada com sucesso!
Após a impressão da pré-proposta a mesma deverá ser assinada pelo gestor e encaminhada para a CIB do seu Estado.
Clique em **IMPRIMIR** para realizar a Impressão das Pré-propostas.
Escolha o Tipo de Visualização
 PDF HTML
IMPRIMIR PRÉ-PROPOSTAS **CONCLUIR**

Número
1200325354072/6

CONFIRMAR VOLTAR



EXEMPLO DA PRÉ-PROPOSTA QUE DEVERÁ SER ENVIADA PARA A CIB DO SEU ESTADO.

Ministério da Saúde
Secretária de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

CNPJ: 11373970000. Entidade: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE
Esfera Adm.: MUNICIPAL Tipo: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Endereço Completo: CEP:
,,
UF: IBGE: Município:
A 2003 JO
DDD: Telefone: FAX: E-mail:

Pré-propostas Anexas

Prioridade	Número da Proposta	CNES	UBS	Valor
1	1200325354072/68	53540	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA ANTONIO	75.000,00

Nome e Assinatura do Gestor Municipal



EXEMPLO DA PRÉ-PROPOSTA QUE DEVERÁ SER ENVIADA PARA A CIB DO SEU ESTADO.

Nº da Pré-Proposta: 1200325354072/6

Prioridade: 1

Dados da Unidade Básica de Saúde

CNES: Nome:

5354 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA ANTONIO

Endereço Completo:

RUA , S/N - CENTRO

CEP:

6997500

Metragem da UBS:

100

Dados da Pré-proposta

Respondeu o Questionário do Qualifica UBS: SIM

Tipo de Obra:

AMPLIAÇÃO

Valor da Pré-proposta:

R\$ 75.000,00

Código	Descrição	Unidade	Quantidade	Valor R\$
AMBIENTES				
17	BANHEIRO DE CONSULTÓRIO	m ²	50.00	75.000,00



EXEMPLO DA PRÉ-PROPOSTA QUE DEVERÁ SER ENVIADA PARA A CIB DO SEU ESTADO.

Documento Anexo
Nº da Pré-Proposta: 1200325354072/68

CPF	Nome		
239592	MANOEL PEREIRA		
Cargo			
TECNICO			
Identidade	Orgão Emissor	Data de Emissão	Sexo
		10/02/2001	MASCULINO
Endereço Completo:			CEP:
SSSS, , SSSSS,			12345678
Cidade:		UF:	
APARECIDA		SP	
DDD	Telefone	Ramal	
61	88888888		
E-mail:			
ddd@hotmail.com			



Não será permitido cadastrar proposta de **AMPLIAÇÃO** para as UBS que cadastraram proposta de **REFORMA** anteriormente.



Você está logado como: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE _____

Componente Ampliação

Cadastrar Pré-proposta

Atenção!
Já existe uma Pré-proposta de REFORMA cadastrada para o Estabelecimento selecionado.
Estabelecimento selecionado: UBS BOTAFOGO - 2704927

Bairro da Unidade Básica de Saúde: --SELECIONE--
Unidade Básica de Saúde:

Pré-Propostas Cadastradas para Ampliação

Número	CNES	Estabelecimento	Valor - R\$	Alterar	Visualizar
Nenhuma Pré-proposta cadastrada até o momento					



FALE CONOSCO

Telefones:

(61) 3306-8019

(61) 3315-9019

(61) 3315-2023

E-mail:

nti.dab@saude.gov.br

