

## COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Resolução n.º. 071/2009 – CIB

Goiânia, 11 de Setembro de 2009.

RECEBEMOS  
DATA 22/09/09  
*[Signature]*

A Presidente e o Vice Presidente da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Goiás, no uso das suas atribuições regimentais que lhes foram conferidas e considerando:

- 1- Que a Municipalização e Descentralização das Ações e Serviços de Saúde são realidades, e deve ser encarada como um processo facilitador das mudanças pretendidas;
- 2- Que a necessidade de se avançar na consolidação do processo de Municipalização e Descentralização das Ações de Serviços de Saúde, notadamente no que se refere à definição dos Tetos Financeiros Globais dos Municípios.

### RESOLVEM:

- Aprovar **AD REFERENDUM a IMPLEMENTAÇÃO** do Programa Saúde da Família nos Municípios abaixo relacionados, cujos processos foram submetidos e aprovados pela Gerência de Desenvolvimento do Sistema e de Ações em Saúde - GDSAS/ Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde – SPAIS, como pela CIB – GO.

MUNICÍPIO			PSF	PACS
N.º.	CÓDIGO	Nome	Nº. DE ESF	Nº. DE ACS
01	5209705	Hidrolândia	05	36
02	5214051	Mundo Novo	02	17
03	5200175	Água Fria	02	13
04	5201801	Aragoiânia	03	19
05	5212303	Leopoldo de Bulhões	03	23
06	5215256	Novo Planalto	02	10

## COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB


Continuação da resolução nº. 071/2009

- Aprovar também a **IMPLEMENTAÇÃO** do Incentivo SAÚDE BUCAL do Programa Saúde da Família no Município relacionado a seguir, cujos processos foram submetidos e aprovados pela GDSAS / SPAIS, como pela CIB – GO.


MUNICÍPIO			PSF Nº. DE ESF	SAÚDE BUCAL		
N.º.	CÓDIGO	NOME		MOD. I Nº. DE EQ.	MOD. II. Nº. DE EQ.	TOTAL DE EQUIPE
01	5214051	Mundo Novo	02	02	-	02

Esta Resolução entra em vigor nesta data, revogando – se as disposições em contrário.

### REPRESENTAÇÃO ESTADUAL

  
Grami Ribeiro de Moura  
Secretária de Estado da Saúde  
Presidente da CIB

### REPRESENTAÇÃO MUNICIPAL

  
Husam Kamal Ed Din Sammur  
Secretário Mun.de Saúde de Niquelândia  
Vice-Presidente da CIB

Regional de Saúde Central

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE INCENTIVO

PACS / PSF / SB

Município: Hidrolândia

UF: Goiás

ITEM	BASE DE CÁLCULO	RECURSOS
PAB do Município - Parte fixa:		
1.3 Incentivos: PAB - Parte Variável		
<b>1.3.1 Programa de Agentes Comunitários de Saúde</b>		
. Número de Agentes	36	
. Incentivo		
<b>1.3.2 Programa de Saúde da Família</b>		
. Número de Equipes	05	
. Incentivo anual por Equipe		
<b>1.3.3 Programa de Saúde Bucal</b>		
Número de Equipes - Módulo I	03	
Incentivo anual por Equipe - Módulo I		
Número de Equipes - Módulo II	02	
Incentivo anual por Equipe - Módulo II		

Declaro estar de acordo com os dados acima citados.

Goiânia, 03 de agosto de 2009.

\_\_\_\_\_  
Secretário Municipal de Saúde

Olímpia dos Anjos Pimentel  
Secretária Mun. de Saúde  
Dec. 037/06

\_\_\_\_\_  
Secretário Executivo da Comissão Intergestores Bipartite

**NADA RESISTE A FÉ E AO TRABALHO**

**DECLARAÇÃO DE INCENTIVO**  
**PACS/PSF/SB**  
**MUNICÍPIO: Mundo Novo**  
**UF: GOIÁS**

ITEM	BASE DE CALCULO	RECURSOS
PAB do Município-parte fixa		
1.3.incentivos:PAB-Parte Variável		
1.3.1 Programa de Agentes comunitário de saúde		
*Numero de Agentes	17	
*Incentivo		
1.3.2 Programa de saúde da família		
*Numero de equipe	02	
*Incentivo Anual por Equipe		
1.3.3 Programa de saúde Bucal		
Numero de equipes- Modulo I	02	
Incentivo anual por Equipe- Modulo I		
Número de Equipes- modulo II		
Incentivo anual por Equipes-ModuloII		

DECLARO ESTAR DE ACORDO COM OS CÁLCULOS DE INCENTIVO ACIMA  
12 DE MAIO DE 2009

Decreto 002/2009  
 Secretária Municipal de Saúde  
 Maria Cândida Guimarães

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

  
 SECRETARIO EXECUTIVO DA COMISSÃO  
 INTERGESTORES BIPARTITE



SECRETARIA DA SAÚDE  
DO ESTADO DE GOIÁS



**GOVERNO DO  
ESTADO DE GOIÁS**  
Desenvolvimento com Responsabilidade

*Resolução  
071/09*

Regional de Saúde do Entorno Norte - Formosa

**DECLARAÇÃO DE INCENTIVO PACS/ PSF / SB**

**MUNICÍPIO: AGUA FRIA**

**UF: GOIÁS**

**ANEXO III**

ITEM	BASE DE CÁLCULO	RECURSOS
PAB do Município – Parte Fixa:		
1.3 Incentivo: PAB – Parte variável		
1.3.1 Programa de Agente Comunitário de Saúde		
- Número de agentes	13	
- Incentivos		
1.3.2 Programa de Saúde da Família		
- Numero de Equipes	2	
- Incentivo anual por Equipe		
1.3.3 Programa de Saúde Bucal		
- Número de Equipe – Módulo I	2	
- Incentivo anual por Equipes – Modulo I		
- Número de Equipes – Módulo II		
- Incentivo Anual por Equipe – Módulo II		

Declaro estar de acordo com os dados acima citados

  
Ilaine Marta Gehlen Zanatta  
Gestora do F.M.S

Secretaria Municipal de Saúde

  
Secretário Executivo da Comissão Intergestores Bipartite

*Regional de Saúde Central*

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE INCENTIVO  
PACS / PSF / SB**

**Município: Aragoiânia**

**UF: Goiás**

ITEM	BASE DE CÁLCULO	RECURSOS
PAB do Município - Parte fixa:		
1.3 Incentivos: PAB - Parte Variável		
<b>1.3.1 Programa de Agentes Comunitários de Saúde</b>		
. Número de Agentes	19	
. Incentivo		
<b>1.3.2 Programa de Saúde da Família</b>		
. Número de Equipes	03	
. Incentivo anual por Equipe		
<b>1.3.3 Programa de Saúde Bucal</b>		
Número de Equipes - Módulo I		
Incentivo anual por Equipe - Módulo I		
Número de Equipes - Módulo II	03	
Incentivo anual por Equipe - Módulo II		

**Declaro estar de acordo com os dados acima citados.**

Francisco Pereira de O. Neto  
Sec. Mul. de Saúde e Saneamento  
Dec. 004/09, de 02/01/2009

Goiânia, 03 de agosto de 2009.

\_\_\_\_\_  
Secretário Municipal de Saúde de Aragoiânia

\_\_\_\_\_  
Secretário Executivo da Comissão Intergestores Bipartite



SECRETARIA DA SAÚDE  
DO ESTADO DE GOIÁS



**GOVERNO DO  
ESTADO DE GOIÁS**

Desenvolvimento com Responsabilidade

Regional de Saúde Central - Goiânia

## ANEXO III

### DECLARAÇÃO DE INCENTIVO PACS / PSF / SAÚDE BUCAL

**Município: Leopoldo de Bulhões**

**UF: Goiás**

ITEM	BASE DE CÁLCULO	RECURSOS
PAB do Município – Parte fixa:	-	
1.3. Incentivos: PAB – Parte Variável	-	
<b>1.3.1 Programa de Agentes Comunitários de Saúde</b>	-	
• Número de Agentes	23	
• Incentivo	-	////////////////////
<b>1.3.2. Programa de Saúde da Família</b>	-	
• Número de Equipes	03	
• Incentivo anual por Equipe	-	////////////////////
<b>1.3.3. Programa de Saúde Bucal</b>	-	
Número de Equipes – Módulo I	03	
Incentivo anual por Equipe – Módulo I	-	////////////////////
Número de Equipes – Módulo II	-	
Incentivo anual por Equipe – Módulo II	-	////////////////////

**Declaro estar de acordo com os dados acima citados.**

Goiânia, 18 de agosto de 2009.

*Lyrene Martins da Silva Parreto*  
Secretária Municipal de Saúde

**Secretário Municipal de Saúde de Leopoldo de Bulhões**

*Raice Bannuniz*

**Secretário Executivo da Comissão Intergestores Bipartite**

## ANEXO III

### DECLARAÇÃO DE INCENTIVO PACS/PSF/SB

Município: Novo Planalto

UF: Goiás

ITEM	BASE DE CÁLCULO	RECURSOS
PAB do Município – Parte fixa:		
1.3. Incentivos: PAB – Parte Variável		
<b>1.3.1. Programa de Agentes Comunitários de Saúde</b>		
Número de Agentes	10	
Incentivo		
<b>1.3.2. Programa de Saúde da Família</b>		
Número de Equipes	02	
Incentivo anual por Equipe		
<b>1.3.3. Programa de Saúde Bucal</b>		
Número de Equipes – Módulo I	01	
Incentivo anual por Equipe – Módulo I		
Número de Equipe – Módulo II		
Incentivo anual por Equipe – Módulo II		

Declaro estar de acordo com os cálculos de incentivo acima.

Novo Planalto, 18 de Junho de 2009.

*Dr. João Paulo Fraga*  
Secretário de Saúde  
Des. nº 034/2008  
Prefeitura de Novo Planalto - GO

**João Paulo Fraga**  
Secretário Municipal de Saúde

*Roice Raimundo*  
Secretário Executivo da Comissão Intergestores Bipartite