

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATO DO PRESIDENTE**

DELIBERAÇÃO CIB-RJ Nº 1.391

DE 18 DE AGOSTO DE 2011.

**APROVAR O FLUXO PARA
CREDENCIAMENTO DOS LABORATÓRIOS
REGIONAIS DE PRÓTESE DENTÁRIA
(LRPD), NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO.**

O Presidente da Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições e,

CONSIDERANDO:

- A Portaria GM/MS nº 2373 de 07 de outubro de 2009, que altera a redação da Portaria nº 599/GM de 23 de março de 2006 e versa sobre o credenciamento dos Laboratórios de Regionais de Prótese Dentárias;
- A necessidade de acompanhar os processos de implantação dos laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e monitorar a produção desses procedimentos;

DELIBERAÇÃO:

Art. 1º - Aprovar o fluxo para credenciamento dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

Art. 2º - Fica estabelecido que o Gestor Municipal Interessado em credenciar o Laboratório Regional de Prótese Dentária deverá apresentar proposta ao Conselho Municipal de Saúde conforme o Anexo I.

Parágrafo Único – Caso a proposta seja aprovada, o Gestor Municipal encaminhará à Área Técnica de Saúde Bucal do Estado, para análise, com o nº do CNES e seus profissionais atualizados;

Art. 3º - Após avaliação da proposta pela Área Técnica de Saúde Bucal o expediente será encaminhado a Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

Art. 4º - Caberá a Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação (SAECA) encaminhar cópia da publicação da Deliberação CIB-RJ e o anexo I preenchido e assinado pelo Gestor Municipal à Coordenação Geral de Saúde Bucal/MS para apreciação e publicação de portaria específica;

Art. 5º - Esta deliberação entrará em vigor na data de sua publicação ficando revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 18 de agosto de 2011.

SÉRGIO LUIZ CÔRTEZ DA SILVEIRA
Presidente

ANEXO I

**SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIO
REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA**

* O Ofício encaminhado ao Ministério da Saúde deverá ser em papel timbrado com a logomarca da prefeitura

Ao Exmo Sr. Dr. GILBERTO ALFREDO PUCCA JUNIOR
Coordenador Geral de Saúde Bucal

Município - UF, ___ de _____ de _____ Ofício N.º ___/___

Assunto: Credenciamento de Laboratório Regional de Prótese Dentária – LRPD.

Senhor Coordenador,

O Município de _____ - UF ____, inscrito no CNPJ sob o nº _____, solicita o credenciamento do LRPD (CNES nº.:xxxxxx) localizado à Rua/Av. _____, nº ____, Bairro _____, Cidade – UF, por intermédio do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde, Sr(a) _____, CPF nº _____ e RG nº _____, solicita a Vossa Excelência a adoção das medidas necessárias para a realização do repasse financeiro mensal referente ao LRPD acima mencionado.

O LRPD apresentará as seguintes características:

1- Referência:

() MUNICIPAL:

População a ser coberta: _____

() REGIONAL:

Municípios que compõe a Região: _____

População estimada da Região a ser coberta: _____

() MICRORREGIONAL

Municípios que compõe a Microrregião: _____

População estimada da Microrregião a ser coberta: _____

2- Procedimentos a serem ofertados:

() Prótese Total Mandibular / Maxilar;

() Prótese Parcial Removível Mandibular/Maxilar;

() Prótese Coronária / Intrarradicular Fixa / Adesiva.

3- Produção mês:

Quantidade: () Prótese Total Mandibular / Maxilar por mês;

Quantidade: () Prótese Parcial Removível Mandibular/Maxilar por mês;

Quantidade: () Prótese Coronária / Intrarradicular Fixa / Adesiva por mês.

4- Localização do LRPD:

() Anexo ao Centro de Especialidades Odontológicas - CEO;

() Anexo a outro estabelecimento de saúde;

() Estabelecimento exclusivo para LRPD.

5- Natureza jurídica do LRPD

() Público;

() Privado.

Secretário(a) Municipal de Saúde
[Carimbo do(a) Secretário(a)]