

DECRETO Nº 4.201, DE 15 DE MAIO DE 2015.

“Dispõe sobre alteração dos anexos do Decreto nº 3.836, de 26 de novembro de 2.013 e dá outras providências”.

Arnaldo Shigueyuki Enomoto, Prefeito do Município da Estância Turística de Pereira Barreto, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais, e;

Considerando a necessidade de adequar os instrumentos de adesão e avaliação do cumprimento de metas relativas ao incentivo de desempenho CEO – Centro de Especialidades Odontológicas.

DECRETA:

Art. 1º - As metas mínimas mensais de que trata o Anexo II, do Decreto nº 3.836, de 26 de novembro de 2013, passam a vigorar com a redação constante dos Anexos I do presente Decreto.

Art. 2º - As demais disposições do Decreto nº 3.836, de 26 de novembro de 2.013, permanecem inalteradas.

Art. 3º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 1º de maio de 2015 revogadas as disposições contrárias.

Paço Municipal, “Francisco Vidal Martins”, 15 de maio de 2015.

Arnaldo Shigueyuki Enomoto
Prefeito Municipal

Registrado e publicado nesta
Prefeitura, na data supra.



ANEXO I

METAS MÍNIMAS MENSAIS

1. Metas Qualitativas

Meta	Formas de Apuração
Participar das Atividades de Educação Permanente	Lista de Presença
Supervisão Técnica da ASB	Relatório de supervisão: deve ser redigido pelo dentista e repassado para gerência
Participar de 75% das reuniões de equipe do CEO	Lista de Presença
Cumprir horários e prazos estipulados no atendimento às solicitações da Direção/SMS	Relatório da coordenação: Planilha/livro controle se solicitação e entrega

2. Metas Quantitativas

Especialidade	Procedimentos	Meta Mensal
Endodontia	0307020037 - OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO; 0307020045 - OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR; 0307020053 - OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES; 0307020061 - OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR; 0307020088 - RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR; 0307020096 - RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES; 0307020100 - RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR; 0307020118 - SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.	35 Procedimentos de Endodontia por mês. Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de endodontia é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 20% dos seguintes procedimentos: 0307020053-Obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou 0307020096 - retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes.
Periodontia	0307030032 - RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE); 0414020081 - ENXERTO GENGIVAL; 0414020154 - GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE); 0414020162 - GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE); 0414020375 - TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE).	60 Procedimentos de Periodontia por mês.



<p>Pacientes com necessidades especiais</p>	<p>0101020058 - APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE);</p> <p>0101020066 - APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);</p> <p>0101020074 - APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);</p> <p>0101020082 - EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;</p> <p>0101020090 - SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;</p> <p>0307010015 - CAPEAMENTO PULPAR;</p> <p>0307010023 - RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;</p> <p>0307010031 - RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR;</p> <p>0307010040 - RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR;</p> <p>0307020070 - PULPOTOMIA DENTÁRIA;</p> <p>0307030016 - RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE);</p> <p>0307030024 - RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE);</p> <p>0414020120 - EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;</p> <p>0414020138 - EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE.</p>	<p>80 Procedimentos Básicos por mês.</p> <p>Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos básicos é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 50% de procedimentos restauradores, quais sejam:</p> <p>0307010023 – restauração de dente decíduo e/ou</p> <p>0307010031 - restauração de dente permanente anterior e/ou</p> <p>0307010040 - restauração de dente permanente posterior.</p> <p>Para a finalidade de monitoramento de produção, os Procedimentos Básicos a serem realizados em qualquer dos três tipos de CEO são exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais.</p>
--	--	---

<p>Cirurgia Oral</p>	<p>0201010232 - BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR;</p> <p>0201010348 - BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;</p> <p>0201010526 - BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA;</p> <p>0307010058 - TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS;</p> <p>0404020445 - CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;</p> <p>0404020488 - OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLODENTÁRIAS;</p> <p>0404020577 - REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSÍNTESE;</p> <p>0404020615 - REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPOROMANDIBULAR;</p> <p>0404020623 - RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;</p> <p>0404020674 - RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;</p> <p>0414010345 - EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;</p> <p>0414010361 - EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO- ODONTOGÊNICO;</p> <p>0414010388 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;</p> <p>0401010082 - FRENECTOMIA;</p> <p>0404010512 - SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR</p> <p>0404020038 - CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO-SINUSAL;</p> <p>0404020054 - DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;</p> <p>0404020089 - EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;</p> <p>0404020097 - EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;</p> <p>0404020100 - EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;</p> <p>0404020313 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE;</p> <p>0404020631- RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO- MANDIBULAR;</p> <p>0414010256 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL / ORO-NASAL</p>	<p>80 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês</p>
-----------------------------	--	--

	<p>0414020022 - APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;</p> <p>0414020030 - APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);</p> <p>0414020049 - CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES;</p> <p>0414020057 - CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR;</p> <p>0414020065 - CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR;</p> <p>0414020073 - CURETAGEM PERIAPICAL;</p> <p>0414020090 - ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;</p> <p>0414020146 - EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE;</p> <p>0414020170 - GLOSSORRAFIA;</p> <p>0414020200 - MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;</p> <p>0414020219 - ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO;</p> <p>0414020243 - REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);</p> <p>0414020278 - REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO);</p> <p>0414020294 - REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;</p> <p>0414020359 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL;</p> <p>0414020367 - TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL;</p> <p>0414020383 - TRATAMENTO DE ALVEOLITE;</p> <p>0414020405 - ULOTOMIA/ULECTOMIA.</p>	
--	--	--

1. Para avaliar o cumprimento das metas quantitativas serão considerados os procedimentos informados no SIA – Sistema de Informação ambulatorial/SIGSAÚDE.

2. Farão jus ao recebimento mensal do incentivo de desempenho - CEO os dentistas de 20 horas semanais que atingirem 100% da meta qualitativa e que cumprirem metas quantitativas nas seguintes proporcionalidades:
 - 81 a 100% da meta da respectiva especialidade: receberá 100% do incentivo (R\$1.050,00) pago exclusivamente com repasses realizados pelo ministério da Saúde.
 - 51 a 80% da meta da respectiva especialidade: receberá 80% do incentivo (R\$840,00) pago exclusivamente com repasses realizados pelo ministério da Saúde.
 - 26 a 50% da meta da respectiva especialidade: receberá 50% do incentivo (R\$525,00) pago exclusivamente com repasses realizados pelo ministério da Saúde.
 - Menos que 25%: não fará jus ao incentivo.

3. Farão jus ao recebimento mensal do incentivo de desempenho os dentistas de 40 horas semanais que atingirem 100% da meta qualitativa e que cumprirem metas quantitativas nas seguintes proporcionalidades:
 - 81 a 100% da meta da respectiva especialidade: receberá 100% do incentivo (R\$3.240,00) pago exclusivamente com repasses realizados pelo ministério da Saúde.
 - 51 a 80% da meta da respectiva especialidade: receberá 80% do incentivo (R\$2.754,00) pago exclusivamente com repasses realizados pelo ministério da Saúde.
 - Menos que 50% da meta da respectiva especialidade: receberá 65% do incentivo (R\$2.106,00) pago exclusivamente com repasses realizados pelo ministério da Saúde.

4. Farão jus ao recebimento mensal do incentivo de desempenho - CEO os dentistas de 20 horas semanais – Especialidade Endodontia - que atingirem 100% da meta qualitativa e que cumprirem metas quantitativas nas seguintes proporcionalidades:
 - Acima de 13 procedimentos endodônticos: receberá 100% do incentivo (R\$1.050,00) pago exclusivamente com repasses realizados pelo ministério da Saúde.
 - De 09 a 12 procedimentos endodônticos: receberá 80% do incentivo (R\$840,00) pago exclusivamente com repasses realizados pelo ministério da Saúde.
 - Abaixo de 08 procedimentos endodônticos: receberá 50% do incentivo (R\$525,00) pago exclusivamente com repasses realizados pelo ministério da Saúde.

LEI Nº 4.237, DE 19 DE JUNHO DE 2013 institui por desempenho aos dentistas do Centro de Especialidades odontológicas. Profissionais 20 horas semanais.

Avaliação Metas Mínimas mensais

Mês:

Ano:

Profissional:

Metas Qualitativas

Meta	Forma de Apuração	Resultado Alcançado
Participar das atividades de educação permanente	Lista de presença	
Supervisão técnica ASB	Relatório de supervisão do dentista	
Participar em 75% das reuniões de equipe	Lista de Presença	
Cumprir prazos estipulados no atendimento as solicitações da Direção/SMS	Relatório coordenação	

Resultado alcançado: cumpriu/não cumpriu

Metas Quantitativas

Especialidade	Meta	Produção	% da Meta Alcançada

Resultado

1- Metas Qualitativas: cumpriu não cumpriu

2- Metas quantitativas: 81 a 100% das metas alcançadas

51 a 80% das metas alcançadas

abaixo de 50 % das metas alcançadas

Resultado Final: Valor do incentivo: R\$

OBS: Valores conforme artigo 6º: Somente serão pagos se houver repasse pelo Ministério da Saúde.

Data da avaliação: _____/_____/_____

Nome do Avaliador:

Assinatura do Avaliador:

Considerações do avaliado:

Nome do profissional:

Assinatura do profissional:

LEI Nº 4.237, DE 19 DE JUNHO DE 2013 institui por desempenho aos dentistas do Centro de Especialidades odontológicas. Profissionais 40 horas semanais.

Avaliação Metas Mínimas mensais

Mês:

Ano:

Profissional:

Metas Qualitativas

Meta	Forma de Apuração	Resultado Alcançado
Participar das atividades de educação permanente	Lista de presença	
Supervisão técnica ASB	Relatório de supervisão do dentista	
Participar em 75% das reuniões de equipe	Lista de Presença	
Cumprir prazos estipulados no atendimento as solicitações da Direção/SMS	Relatório coordenação	

Resultado alcançado: cumpriu/não cumpriu

Metas Quantitativas

Especialidade	Meta	Produção	% da Meta Alcançada

Resultado

1- Metas Qualitativas: cumpriu não cumpriu

2- Metas quantitativas: 81 a 100% das metas alcançadas

51 a 80% das metas alcançadas

abaixo de 50 % das metas alcançadas

Resultado Final: Valor do incentivo: R\$

OBS: Valores conforme artigo 6º: Somente serão pagos se houver repasse pelo Ministério da Saúde.

Data da avaliação: ____/____/____

Nome do Avaliador:

Assinatura do Avaliador:

Considerações do avaliado:

Nome do profissional:

Assinatura do profissional:

LEI Nº 4.237, DE 19 DE JUNHO DE 2013 institui por desempenho aos dentistas do Centro de Especialidades odontológicas. Profissionais 20 horas semanais – Especialidade Endodontia.

Avaliação Metas Mínimas mensais

Mês:

Ano:

Profissional:

Metas Qualitativas

Meta	Forma de Apuração	Resultado Alcançado
Participar das atividades de educação permanente	Lista de presença	
Supervisão técnica ASB	Relatório de supervisão do dentista	
Participar em 75% das reuniões de equipe	Lista de Presença	
Cumprir prazos estipulados no atendimento as solicitações da Direção/SMS	Relatório coordenação	

Resultado alcançado: cumpriu/não cumpriu

Metas Quantitativas

Especialidade	Meta	Produção	% da Meta Alcançada

Resultado

1- Metas Qualitativas: () cumpriu () não cumpriu

2- Metas quantitativas: () Acima de 13 procedimentos alcançados

() De 09 a 12 procedimentos alcançados

() Abaixo de 08 procedimentos alcançados

Resultado Final: Valor do incentivo: R\$

OBS: Valores conforme artigo 6º: Somente serão pagos se houver repasse pelo Ministério da Saúde.

Data da avaliação: ____/____/____

Nome do Avaliador:

Assinatura do Avaliador:

Considerações do avaliado:

Nome do profissional:

Assinatura do profissional: