

IAF – INCENTIVO DE ATIVIDADE FÍSICA

COMPETÊNCIA FINANCEIRA AGOSTO/2024

IAF - INCENTIVO DE ATIVIDADE FÍSICA

FINANCEIRO
AGOSTO/2024

MUNICÍPIOS

135

CRENCIADOS

98

NÃO PAGOS

37

PAGOS

ESTABELECIMENTOS

691

CRENCIADOS

103

PAGOS

72,59%

Percentual municípios não pagos

85,09%

Percentual de estabelecimento não pagos

Lista dos município suspensos

IAF - Incentivo de Atividade Física

Municípios com suspensões

COSEMS/RN

MUNICÍPIO	Estabelecimentos Pagos	Estabelecimentos não Pagos
ACU	0	4
AFONSO BEZERRA	0	4
AGUA NOVA	0	1
ALEXANDRIA	0	7
ALMINO AFONSO	1	1
ALTO DO RODRIGUES	0	2
ANGICOS	0	4
ANTONIO MARTINS	0	6
APODI	0	10
AREIA BRANCA	0	3
ARES	7	1
BAIA FORMOSA	2	1
BARAUNA	3	3
BARCELONA	0	3
BOM JESUS	0	1
CAICARA DO NORTE	0	3
CAICARA DO RIO DO VENTO	0	4
CAICO	8	10
CAMPO REDONDO	0	9

Lista completa em anexo

O QUE É A IAF?

Portaria 1.105 de 15 de maio de 2022 institui o programa

- Incentivo de custeio federal destinado a implementação das ações de atividade física no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS);
- Contratação de profissionais de educação física;
- Aquisição de material de consumo;
- **Melhorar o cuidado das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis...**

MODALIDADES

01

02

03

ESTABELECIMENTO DA APS	PRODUÇÃO	SEM VÍNCULO DE PEF	20 HORAS DE PEF	40 HORAS DE PEF
UNIDADE BÁSICA/CENTRO DE SAÚDE	30	R\$ 1.000,00	R\$ 1.500,00	R\$ 2.000,00
POSTO DE SAÚDE	10	R\$ 500,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.500,00
UNIDADE MÓVEL FLUVIAL	5	R\$ 500,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.500,00

PRODUÇÃO

Realizada e registrada: qualquer profissional cadastrado na unidade de saúde credenciada e homologada

Ficha de atividade coletiva

		FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA		DIGITADO POR: _____ DATA: / /
				CONFERIDO POR: _____ FOLHA Nº: _____
CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL* _____ CBO* _____ CNES* _____ INE* _____ DATA* / /				
TURNO* <input type="radio"/> Manhã <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noite		PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Saúde		CNS DO PROFISSIONAL _____ CBO*** _____
LOCAL DE ATIVIDADE Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)*** _____ CNES _____ OUTRA LOCALIDADE: _____				
Nº DE PARTICIPANTES* _____ Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS _____				
ATIVIDADE (opção única)* <input type="radio"/> 01 Reunião de equipe <input type="radio"/> 02 Reunião com outras equipes de saúde <input type="radio"/> 03 Reunião Inter-setorial/Conselho Local de Saúde/Controle social		TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)*** <input type="checkbox"/> 01 Questões administrativas/Funcionamento <input type="checkbox"/> 02 Processos de trabalho <input type="checkbox"/> 03 Diagnóstico do território/Monitoramento do território <input type="checkbox"/> 04 Planejamento/Monitoramento das ações da equipe <input type="checkbox"/> 05 Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular <input type="checkbox"/> 06 Educação Permanente <input type="checkbox"/> 07 Outros		
ATIVIDADE (opção única)* <input type="radio"/> 04 Educação em saúde <input type="radio"/> 05 Atendimento em grupo <input type="radio"/> 06 Avaliação/Procedimento coletivo <input type="radio"/> 07 Mobilização social				
PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)		TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)		PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)
<input type="checkbox"/> 01 Comunidade em geral <input type="checkbox"/> 02 Criança 0 a 3 anos <input type="checkbox"/> 03 Criança 4 a 5 anos <input type="checkbox"/> 04 Criança 6 a 11 anos <input type="checkbox"/> 05 Adolescente <input type="checkbox"/> 06 Mulher <input type="checkbox"/> 07 Gestante <input type="checkbox"/> 08 Homem <input type="checkbox"/> 09 Familiares <input type="checkbox"/> 10 Idoso <input type="checkbox"/> 11 Pessoas com doenças crônicas <input type="checkbox"/> 12 Usuário de tabaco <input type="checkbox"/> 13 Usuário de álcool <input type="checkbox"/> 14 Usuário de outras drogas <input type="checkbox"/> 15 Pessoas com sofrimento ou transtorno mental <input type="checkbox"/> 16 Profissional de educação <input type="checkbox"/> 17 Outros	<input type="checkbox"/> 01 Ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i> <input type="checkbox"/> 02 Agravos negligenciados <input type="checkbox"/> 03 Alimentação saudável <input type="checkbox"/> 04 Autocuidado de pessoas com doenças crônicas <input type="checkbox"/> 05 Cidadania e direitos humanos <input type="checkbox"/> 06 Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas <input type="checkbox"/> 07 Envelhecimento/climatório/andropausa/etc. <input type="checkbox"/> 08 Plantas medicinais/fisioterapia <input type="checkbox"/> 09 Prevenção da violência e promoção da cultura da paz <input type="checkbox"/> 10 Saúde ambiental <input type="checkbox"/> 11 Saúde bucal <input type="checkbox"/> 12 Saúde do trabalhador <input type="checkbox"/> 13 Saúde mental <input type="checkbox"/> 14 Saúde sexual e reprodutiva <input type="checkbox"/> 15 Semanas saúde na escola <input type="checkbox"/> 16 Outros	<input type="checkbox"/> 01 Antropometria <input type="checkbox"/> 02 Aplicação tópica de flúor <input type="checkbox"/> 03 Desenvolvimento da linguagem <input type="checkbox"/> 04 Escovação dental supervisionada <input type="checkbox"/> 05 Práticas corporais e atividade física <input type="checkbox"/> 06 PNCT Sessão 1 <input type="checkbox"/> 07 PNCT Sessão 2 <input type="checkbox"/> 08 PNCT Sessão 3 <input type="checkbox"/> 09 PNCT Sessão 4 <input type="checkbox"/> 10 Saúde auditiva <input type="checkbox"/> 11 Saúde ocular <input type="checkbox"/> 12 Verificação da situação vacinal <input type="checkbox"/> 13 Outros <input type="checkbox"/> 14 Outro procedimento coletivo Código do SIGTAP _____		

Registro

ATIVIDADE (opção única)*	
04	Educação em saúde
05	Atendimento em grupo
06	Avaliação/Procedimento coletivo
07	Mobilização social

PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)	
01	Antropometria
02	Aplicação tópica de flúor
03	Desenvolvimento da linguagem
04	Escovação dental supervisionada
05	Práticas corporais e atividade física

MONITORAMENTO

- EGESTOR – Relatórios Públicos

☰ e-Gestor Atenção Primária

Relatório de Pagamento

Informamos que os valores apresentados neste relatório são referentes ao que o município faz jus a cada competência financeira. Assim, visando aumentar e qualificar a transparência das informações, a partir de agora os valores serão disponibilizados nos relatórios do e-Gestor antes de serem apresentados no site do Fundo Nacional de Saúde - FNS. Os gestores, trabalhadores e usuários do SUS poderão acompanhar os valores efetivamente transferidos pelo Ministério da Saúde por meio do site do Fundo Nacional de Saúde.

Leia mais em:

[Estratégias, Ações e Programas](#)

Selecione as opções para gerar o relatório

Unidade Geográfica

Tipo de unidade:

Estados:

Municípios

Período

Selecione o ano:

Selecione a(s) parcela(s):

Início

Fim

Botão "Ver em tela" indisponível para as opções Estados: "TODOS" e Municípios: "TODOS"

Download

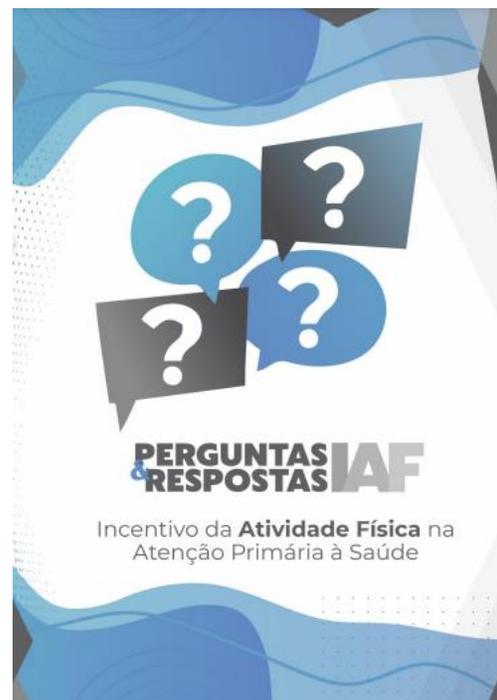
Ver em tela

- SISAB – ATIVIDADE COLETIVA

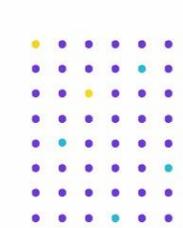
Materiais



<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/publicacoes/guia-de-atividade-fisica-para-populacao-brasileira/@@download/file>



https://sisapsdoc.saude.gov.br/perguntas_respostas_iaf.pdf



Obrigado!

Jackson Lira

Assessoria COSEMS/RN