



PUBLICADO

DECRETO Nº 52 DE 20 DE JULHO DE 2020

EM 20 / 07 / 2020

NO QUADRO DE AVISO
ART 108-LEI ORGÂNICA MUNICIPAL

R. S. S.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SILVIANÓPOLIS-MG

Regulamenta a distribuição de Medicamentos Não Padronizados no âmbito do Município de Silvianópolis, MG, e dá outras providências.

O **Prefeito de Silvianópolis**, Estado de Minas Gerais, no uso da atribuição que lhe confere a Lei Orgânica do Município; e **CONSIDERANDO** a necessidade de padronização na distribuição de Medicamentos Não Padronizados no âmbito dos Serviços Públicos Municipais em Saúde e Assistência Social; e **CONSIDERANDO** as parametrizações estabelecidas no Acórdão Repetitivo de julgamento do Recurso Especial de n. 1657156/RJ no Superior Tribunal de Justiça;

DECRETA

Art. 1º - Fica regulamentada a Distribuição de Medicamentos Não Padronizados a serem fornecidos aos Municípios de Silvianópolis, MG, conforme critérios estabelecidos neste Decreto.

Art. 2º - São diretrizes da Distribuição de Medicamentos Não Padronizados:

I - fornecer os medicamentos adequados àqueles pacientes que não possuem condições financeiras de arcar com tratamento de saúde quando este exigir o uso de medicamentos não padronizados pela Relação Municipal de Medicamentos - REMUME;

II - contribuir com a promoção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos de Silvianópolis;

III - suprir os vazios assistenciais que necessitam de medicamentos não contemplados na Relação Municipal de Medicamentos - REMUME.

§1º - A Distribuição de Medicamentos Não Padronizados não contemplará os medicamentos que sejam de Estratégia de Alto Custo, fornecidos pelo Estado e/ou União.

§2º - Aos demais procedimentos e insumos terapêuticos, produtos apropriados em saúde, etc., também não padronizados, seguirão, no que couber, os procedimentos deste Decreto.

Art. 3º - A distribuição gratuita de medicamentos no âmbito do Município de Silvianópolis, contemplados neste Decreto, se dará com a

R. S. S.



utilização de recursos orçamentários próprios ou provenientes de transferências efetivadas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único - A dispensação dos medicamentos não padronizados dependerá de dotação orçamentária e recursos financeiros, onde a prioridade será para a aquisição dos medicamentos padronizados constantes da Relação Municipal de Medicamentos - REMUME.

Art. 4º - Ao Estado e à União caberão, respectivamente, o fornecimento gratuito dos medicamentos estratégicos e de alto custo, segundo procedimentos próprios.

Art. 5º - Ao Município caberá o fornecimento gratuito dos medicamentos não padronizados que não se incluam dentre as obrigações do Estado e/ou da União ou que não constarem da Relação Municipal de Medicamentos - REMUME, mediante prévia avaliação e atendimento aos critérios estabelecidos nos artigos 6º e 7º deste Decreto, pelo requerente.

Art. 6º - Ficam definidos os seguintes critérios a serem atendidos para concessão dos medicamentos não padronizados:

I - da comprovação quanto ao domicílio e residência no município de Silvianópolis, mediante apresentação de comprovante de residência dos últimos três meses, em nome do próprio solicitante, do ascendente ou descendente em primeiro grau ou cônjuge, ou contrato de locação atual e registrado em cartório ou contrato de locação atual e com firma reconhecida em cartório;

II - da devida comprovação da hipossuficiência daquele que requer o medicamento, ou seja, que a sua aquisição implique o comprometimento da sua própria subsistência e/ou de seu grupo familiar;

III - da medicação prescrita por médico integrante da Rede Pública do SUS;

IV - da demonstração da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento no tratamento, por meio de laudo médico circunstanciado e fundamentado, devidamente expedido por médico que assiste o paciente da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS;

V - de que o medicamento pretendido já tenha sido aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, por força do disposto no artigo 19-T, inciso II, da Lei n. 8.080/1991.

§1º - Somente será fornecido medicamento(s) ao requerente que comprovar não possuir condições financeiras suficientes para aquisição dos



mesmos, sem que isso venha prejudicar suas condições básicas de subsistência.

§2º - Somente será fornecido medicamento(s) cujo preço mensal, individual ou acumulado, ultrapasse a quantia equivalente a 40% (quarenta por cento) da renda familiar do requerente.

§3º - Ao requerente submetido ao tratamento oncológico, de Alzheimer, de Parkinson, transplantado, acamado ou portador de necessidades especiais, será fornecido medicamento cujo valor, individual ou acumulado, ultrapasse 20% da renda familiar.

Art. 7º - Para a concessão do(s) medicamento(s) solicitados, o requerente deverá apresentar os seguintes documentos:

I - cópia legível do comprovante de residência, conforme disposto no item I do art. 6º;

II - cópia legível do RG;

III - cópia legível do CPF;

IV - cópia legível do Cartão Nacional do SUS - CNS;

V - folha resumo CadÚnico emitida pela Secretaria de Assistência Social de Silvianópolis;

VI - levantamento de preço do(s) medicamento(s), através da apresentação de recibos ou notas fiscais do mesmo medicamento já adquirido anteriormente, bem como de no mínimo de 03 (três) orçamentos, entre outras comprovações quanto ao preço;

VII - receituário médico onde conste a indicação quanto ao uso e necessidade do medicamento, seguindo as diretrizes do inciso IV do art. 6º;

VIII - Formulário Para Avaliação de Medicamento Não Padronizado já preenchido (conforme modelo em anexo).

§ 1º - As cópias dos documentos constantes dos itens I a IV devem ser apresentadas acompanhadas dos documentos originais para confirmação e os documentos constantes nos itens V a VIII devem ser apresentadas as vias originais.

§ 2º - Caso o requerente não apresente a folha resumo CadÚnico, por renda superior aos padrões de atendido do Sistema Único de Assistência Social, deverá em substituição ao documento de inc. I, os seguintes:

I - Negativa da Secretaria de Assistência Social na emissão folha resumo CadÚnico – em via original; e;



II - Cópia legível da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou cópia de comprovante de renda (individual e familiar), tais como declaração de imposto de renda, DECORE, declaração de autônomo, holerite, nota fiscal de prestação de serviço, ou documentos idôneos comprobatórios da renda do requerente etc. – cópias acompanhadas dos documentos originais para confirmação.

Art. 8º - Somente será analisado o pedido se a prescrição do medicamento for feita por médico integrante da Rede Pública do SUS, mediante apresentação de justificativa da indicação do medicamento não padronizado que está sendo solicitado, descrita no Formulário constante do item VIII do art. 7º deste Decreto.

Parágrafo único - O mesmo será aplicado quando a prescrição médica for de profissional credenciado, contratado ou disponibilizado pelo Município.

Art. 9º - O recebimento, a análise e a decisão quanto ao fornecimento caberá à comissão constituída pela Secretaria de Saúde do Município, por Portaria, composta por servidores efetivos, contratados ou membros da sociedade civil com instrução.

§ 1º - Quando apresentada folha resumo do CadÚnico adequadamente emitida pela Secretaria de Assistência Social, não caberá à comissão julgamento quanto à renda do requerente.

§ 2º - Quando não apresentada folha resumo do CadÚnico adequadamente emitida pela Secretaria de Assistência Social, nos termos do inc. I, do §2º, do art. art. 7º, caberá à Comissão julgamento quanto à renda do requerente, analisando os custos do medicamento pelas pesquisas de preços e cotações outras possíveis em relação à renda média apresentada pelo requerente, não podendo a relação ultrapassar o percentual §2º e §3º do art. 6º deste Decreto.

§ 3º - Os atos da comissão devem ser fundamentados e lavrados em ata, devidamente arquivada na Secretaria de Saúde; cabendo recurso ao Secretário de Saúde, em caso de indeferimento no prazo de 15 (quinze) dias.

§ 4º - Os membros da Comissão não terão qualquer remuneração, constituindo a função serviço público relevante e presunção de idoneidade moral.

Art. 10 - A Secretaria de Saúde e a Farmacêutica responsável pela Farmácia Básica e a Coordenadoria das Estratégias de Saúde da Família - ESFs se encarregarão de conscientizar o corpo médico do Município, quanto a prescrição dos medicamentos constantes na Relação Municipal de Medicamentos - REMUME.



Art. 11 - Em caso de deferimento, o fornecimento se dará por até 12 (doze) meses para medicamentos de uso contínuo e, caso não seja contínuo, terá validade pelo tempo do tratamento, não podendo ultrapassar 06 (seis) meses.

Art. 12 - Após o deferimento do pedido, a Farmácia Básica encaminhará pedido de aquisição do(s) medicamento(s) não padronizado(s), cujo prazo para disponibilização dependerá dos trâmites legais para a compra junto ao Departamento de Compras e Licitações do Município.

Parágrafo único - A Secretaria de Saúde e Setor de Licitações e Compras deverão elaborar estudos e séries históricas para que sejam efetuadas as compras em lotes maiores, possibilitando uma entrega mais efetiva ao usuário e maiores descontos nas aquisições.

Art. 13 - O benefício poderá ser suspenso ou cancelado a qualquer tempo se verificada a perda de qualquer dos requisitos fixados neste Decreto, cabendo à Secretaria de Saúde realizar o acompanhamento dos beneficiários para coibir abusos e desvios de finalidade.

Art. 14 - Ao Conselho Municipal de Saúde caberá a fiscalização de todas as condições deste Decreto, nos termos da legislação de controle social.

Art. 15 - Este Decreto entra em vigor nesta data.

Art. 16 - Ficam revogadas as disposições em contrário.

Silvanópolis, MG, 20 de julho de 2020.


VITOR NERY DE MORAIS
Prefeito Municipal



ANEXO ÚNICO

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO

DATA DA SOLICITAÇÃO:/...../.....

REQUERENTE:

DATA NASCIMENTO:/...../.....

Nº CARTÃO NACIONAL DO SUS - CNS:

Nº CPF: Nº RG

POSSUI CADASTRO BOLSA FAMÍLIA? (...) SIM (...) NÃO

Nº CADASTRO BOLSA FAMÍLIA:

MEDICAMENTO SOLICITADO:

DOSE:

QUANTIDADE:

PERÍODO DE USO NECESSÁRIO:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:

CRM:.....

IMPORTANTE: Apresentar junto a este requerimento a cópia dos seguintes documentos:

I - Cópia legível do comprovante de residência, conforme disposto no item I do art. 6º;

II - Cópia legível do RG;

III - Cópia legível do CPF;

IV - Cópia legível do Cartão Nacional do SUS - CNS;

V - Cópia legível da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou cópia de comprovante de renda (individual e familiar), tais como declaração de imposto de renda, DECORE, declaração de autônomo, holerite, nota fiscal de prestação de serviço, etc.;

VI - Levantamento de preço do(s) medicamento(s), através da apresentação de recibos ou notas fiscais do mesmo medicamento já adquirido anteriormente, bem como de no mínimo de 03 (três) orçamentos, entre outras comprovações quanto ao preço;

VII - Receituário médico onde conste a indicação quanto ao uso e necessidade do medicamento (acompanhado do relatório médico constante desse

formulário já devidamente preenchido pelo médico responsável pela prescrição do medicamento).

OBSERVAÇÃO: As cópias dos documentos constantes dos itens I a V devem ser apresentadas acompanhadas dos documentos originais para confirmação e os documentos constantes nos itens VI a VII devem ser apresentadas as vias originais.

PREENCHIMENTO PELO MUNICÍPIO

() DEFERIDO () INDEFERIDO

RESPONSÁVEIS PELA AVALIAÇÃO:

Assistente Social:
ASS:

Farmacêutica: ASS:

Médico: CRM: ASS:

Data da avaliação:/...../.....

RELATÓRIO MÉDICO

REQUERENTE:

.....
.....

DATA NASCIMENTO:/...../.....

MEDICAMENTO (INFORMAR O PRINCÍPIO ATIVO):

.....
.....

.....
.....

PATOLOGIA RELACIONADA AO PEDIDO DO MEDICAMENTO ESPECÍFICO:

.....
.....

CID:

PACIENTE JÁ UTILIZOU OUTRO MEDICAMENTO PARA ESTA SITUAÇÃO ESPECÍFICA? (...) SIM (...) NÃO



SE SIM, QUAL?

.....

POR QUE ESTÁ SENDO REALIZADA ESTA MUDANÇA TERAPÊUTICA?

.....
.....
.....

EXISTE OUTRA ALTERNATIVA TERAPÊUTICA PARA ESTA SITUAÇÃO ESPECÍFICA: (...) SIM (...) NÃO SE SIM, QUAL?

.....
.....

ESTA INDICAÇÃO TERAPÊUTICA ESTÁ PREVISTA EM PROTOCOLOS CLÍNICOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE?

(...) SIM (...) NÃO (...) NÃO TENHO CONHECIMENTO. OU EM PROTOCOLOS CLÍNICOS DE OUTRAS INSTITUIÇÕES/ENTIDADES? (...) SIM (...) NÃO SE SIM, QUAL? FAVOR INFORMAR DE QUE ANO.....

.....
.....

O TRATAMENTO É CONSIDERADO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: (...) SIM (...) NÃO

MOTIVO:
.....
.....
.....
.....

.....
(NOME E ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM)

DATA:/...../.....





PREFEITURA MUNICIPAL DE SILVIANÓPOLIS - MG
CNPJ: 18.675.942/0001-35

OBSERVAÇÃO: O SUBSCRITOR SE RESPONSABILIZA PELAS INFORMAÇÕES PRESTADAS.

RESSALTA-SE AO PRESCRITOR DE QUE DEVE COMUNICAR A ANVISA QUALQUER INCOMPATIBILIDADE DE BIOEQUIVALÊNCIA E BIODISPONIBILIDADE DO MEDICAMENTO GENÉRICO.

Av. Dr. José Magalhaes Carneiro, 33 - Centro, Silvianópolis/MG
CEP: 37589-000 – Tel.: (35) 3451-1200 - e-mail: prefsilv@yahoo.com.br