



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA

CEP 35.420-000 — ESTADO DE MINAS GERAIS

Ofício 403/2001
Serviço: Gabinete do Prefeito
Ref: Projeto de Lei (envia)
Em 20.09.2001

Ex.mo. Sr. Vereador José Jarbas Ramos
MD Presidente da Câmara Municipal de Mariana

Senhores Vereadores,

Com o presente encaminhamos para ao aval de Vossas Excelências o incluso projeto de lei onde se pretende implantar no município um programa de atendimento amplo à população de baixa renda, oferecendo medicamentos não padronizados, de uso esporádico e específico.

Desde o início da atual administração a Secretaria Municipal de Saúde vem se esforçando para manter regular fornecimento de medicamentos ao usuário da rede pública de saúde, em especial àqueles de baixa renda. Contudo, existem medicamentos que pela eventualidade do uso não são mantidos em estoque, o que dificulta o atendimento.

O objetivo de se constituir uma farmácia social é estabelecer uma sistemática de atendimento voltada a fornecer medicamentos que habitualmente não fazem parte dos estoques da Secretaria de Saúde, diretamente ao paciente usuário, por meio de procedimento licitatório de compra e entrega de acordo com a necessidade.



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA

CEP 35.420-000 — ESTADO DE MINAS GERAIS

Sabemos que muitas vezes a falta de determinado medicamento na farmácia municipal se dá pela sua especialidade e eventualidade na prescrição. Uma vez que a unidade de saúde não dispõe do remédio, outro meio não temos de atender ao nosso cidadão, por nos atermos aos procedimentos de licitação e compras. Diante de tal realidade é que pessoas necessitadas se dirigem a entidades de assistência ou até mesmo aos senhores vereadores pedindo ajuda.

Neste contexto, o programa que estamos criando confere ao Poder Público Municipal esta assistência, criando meios de atender à nossa camada mais carente da população, evitando a humilhação e o constrangimento.

Avaliando esta situação, o Conselho Municipal de Saúde já emitiu o seu parecer favorável ao procedimento, entendendo que só assim estaremos oferecendo um atendimento de saúde amplo, com ênfase na comunidade de baixa renda, dentro das diretrizes básicas do Sistema único de Saúde

Cientes de que esta Casa de Leis não tem olvidado na defesa dos interesses do Município, saberá dar suas resposta ao povo carente de nossa cidade, confiamos na aprovação da matéria em regime de urgência.


Celso Cota Neto
Prefeito Municipal



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA
CEP 35.420-000 — ESTADO DE MINAS GERAIS

CÂMARA MUNICIPAL DE MARIANA

Protocolado Sob N.º 072 PROJETO DE LEI N.º 072 /2001

Em 18/10/01 às 15:50

Goulart

**INSTITUI PROGRAMA DE FARMÁCIA SOCIAL
E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS**

Art. 1º - Fica o Chefe do Poder Executivo autorizado a instituir no âmbito do Município Programa de Farmácia Social, com objetivo único de oferecer medicamentos não padronizados, ao usuário do SUS reconhecidamente carente.

§ único: Entende-se por usuário carente aquele cuja renda mensal familiar seja inferior a dois salários mínimos e/ou custo mensal dos medicamentos superior a 20% da renda familiar, para tratamentos superiores a 03 meses.

Art. 2º. – O programa descrito no artigo anterior, destina-se exclusivamente a custear medicamentos específicos, não padronizados, de uso esporádico, à população de baixa renda.

Art. 3º. – O Programa de Farmácia Social obedecerá as diretrizes definidas pela Secretaria Municipal de Saúde, na forma dos anexos que desta lei são partes integrantes.

Art. 4º. – Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

gt

CÂMARA MUNICIPAL DE MARIANA
APROVADO P/ UNANIMIDADE

Em 26/10 às 15:00

[Assinatura]
Presidente *[Assinatura]* Secretária



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA
CEP 35.420-000 — ESTADO DE MINAS GERAIS

Anexos

Anexo 1 - Autorização

No 00001

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA
SECRETARIA DE SAÚDE
AUTORIZAÇÃO PARA MEDICAMENTOS NÃO PADRONIZADOS

Autorizo o fornecimento dos medicamentos abaixo relacionados em conformidade com a prescrição em anexo, para o(a) Sr.(a) _____ mediante a apresentação de documento de identidade.

1. _____
2. _____
3. _____

Mariana, ____ de _____ de 2001

Prefeitura Municipal de Mariana

- Válido somente com o carimbo

A farmácia deverá reter o comprovante de autorização bem como a prescrição e anexá-los à fatura mensal para fins de acerto.

97

CÂMARA MUNICIPAL DE MARIANA
APROVADO P/ UNANIMIDADE
Em 26/ Outubro / 2001

Presidente

Secretaria



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA

CEP 35.420-000 — ESTADO DE MINAS GERAIS

Anexo 2 – Ficha de Controle da Assistência Social

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA SECRETARIA DE SAÚDE

Ficha de Controle de Emissão de Autorização (Medicamentos Não Padronizados)

Mês de Referência: _____

Data	Usuário (nome completo)	Condição	Autorizado por	No da Autorização

Mariana, ___ de _____ de 2001

Assistente Social

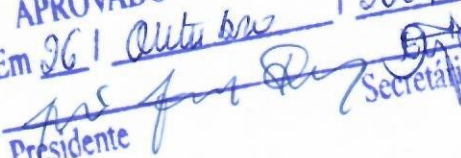

Dr. Vicente de Paulo Pimenta Filho
Secretario de Saúde

Conselho Municipal de Saúde



Celso Cota Neto
Prefeito

CÂMARA MUNICIPAL DE MARIANA
APROVADO P/ UNANIMIDADE
Em 26/ Outubro 19001


Presidente

Secretário



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA

CEP 35.420-000 — ESTADO DE MINAS GERAIS

Anexo 3 – Prestação de Contas da Empresa Fornecedora

Identificação da Empresa Medicamentos Atendidos – Projeto Farmácia Social

Mês de referência: _____
Alíquota Inicial (Saldo anterior) R\$ _____
Valor Total Mensal R\$ _____
Saldo Atual R\$ _____

Nome do Medicamento (Genérico) e apresentação

(Captopril 50 mg comprimido)- exemplo

Data de atendimento	Data da prescrição	Paciente	Médico prescritor	Quantidade dispensada	Nome comercial	PU R\$	PT R\$	Num. da Autorização	Visto PMM (Não preencher)
<i>20 09 01</i>	<i>10 09 01</i>	<i>Beltrano</i>	<i>Fulano</i>	<i>30</i>	<i>Capoten</i>	<i>1</i>	<i>30</i>		

Mariana, ____ de _____ de 2001

Farmacêutico responsável e CRFMG

Proprietário

- Os medicamentos deverão ser relacionados em ordem alfabética do nome genérico.
- As autorizações bem como as prescrições deverão ser anexadas ao relatório e fatura e encaminhadas ao Fundo Municipal de Saúde

CÂMARA MUNICIPAL DE MARIANA
APROVADO P/ UNANIMIDADE

Em 26 de Outubro de 2001

[Assinatura]
Presidente

[Assinatura]
Secretário



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA
CEP 35.420-000 — ESTADO DE MINAS GERAIS

Anexo 4 – Ficha de Assistência Farmacêutica

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA
SECRETARIA DE SAÚDE

Ficha de Acompanhamento – Assistência Farmacêutica
(Medicamentos Não Padronizados)

Mês de referência: _____

À Comissão de Farmácia e Terapêutica

Segue abaixo a relação de medicamentos não padronizados prescritos,
para apreciação e estudo desta comissão:

Medicamento e apresentação

Quantidade	Médicos prescritores	Presença de similar padronizado ?	Qual ?

Mariana, ___ de _____ de 2001

Farmacêutico responsável

CÂMARA MUNICIPAL DE MARIANA
APROVADO P/ UNANIMIDADE
Em 26 de Outubro de 2001
[Assinatura]
Presidente *[Assinatura]*
Secretário



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA
CEP 35.420-000 — ESTADO DE MINAS GERAIS

Anexo 5 – Justificativa Médica para Solicitação de Não Padronizados

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA
SECRETARIA DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA PARA SOLICITAÇÃO
(Medicamentos Não Padronizados)

Diagnóstico: _____

Resultados de exames: _____

Medicamento de 1ª escolha: _____

Não há medicamentos desta classe disponíveis na Padronização
 O paciente não respondeu satisfatoriamente ao medicamento
_____ padronizado.

Outra (Justificar) _____

Mariana, ___ de _____ de 2001

Carimbo e assinatura

CÂMARA MUNICIPAL DE MARIANA
APROVADO P/ UNANIMIDADE
Em 26/ Outubro / 2001
Presidente _____ Secretário _____

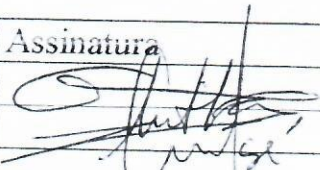
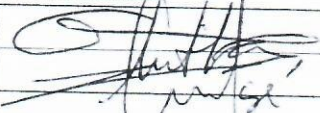
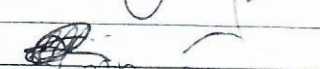
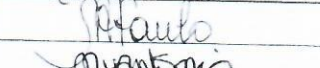
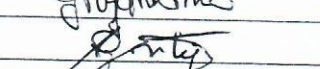
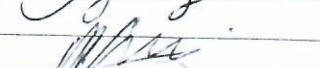




PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA
SECRETARIA DE SAÚDE

PROJETO FARMÁCIA SOCIAL

Mariana, 12 de Setembro de 2001

APROVAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIANA

Os abaixo assinados confirmam a aprovação do Projeto Farmácia Social, em anexo, que deverá ser colocado em prática logo após este ato:

Nome legível do Conselheiro	Assinatura
Edilson Miranda Baybassim	
Christina Maura Motta Cota	
ONOFRE JOSE DO SILVA	
André Magalhães Reis	
Paulo Auxiliador Paulo	
Marcos José Antunes	
Arimar de Oliveira Santos	
Vinicius de Paula Imortino Filho	
Paulo Cesar Francisco	
GERMÃO ZANFORLIM DE ARAÚJO	

Presidente do Conselho: 

Em consonância com o Conselho Municipal de Saúde de Mariana, referendam o presente projeto o Ex.mo. Prefeito Sr. Celso Cota Neto e o Ex.mo. Secretário de Saúde Sr. Dr. Vicente de Paulo Pimenta Filho.

Mariana, 12 de Setembro de 2001.

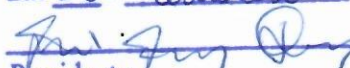

Carimbo e assinatura



Carimbo e assinatura

Dr. Vicente de Paulo Pimenta Filho
CRM/MG 10418
Secretário Municipal de Saúde
SUS - Mariana

CÂMARA MUNICIPAL DE MARIANA
APROVADO P/ UNANIMIDADE

Em 26 de Outubro de 2001
 Presidente
 Secretário

**Prefeitura Municipal de Mariana
Secretaria de Saúde
Assistência Farmacêutica**

Mariana, 10 de Setembro de 2001

Projeto Farmácia Social

Introdução

O município de Mariana dispõem de uma padronização de medicamentos que atende cerca de 90 % dos casos de morbidade no município.

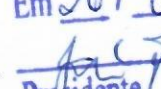
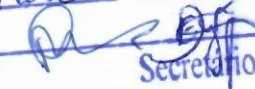
Os 10 % restantes geralmente são casos que necessitam de medicamentos de uso imediato ou por pouco tempo. Mesmo assim alguns não dispõem de recursos para financiarem os custos destes tratamentos.

Objetivos

- ✓ Garantir o acesso de medicamentos não padronizados aos indivíduos que se enquadrarem nas condições do levantamento sócio econômico
- ✓ Estimular o corpo clínico a utilizar a padronização de medicamentos afim de se garantir o atendimento da população
- ✓ Dinamizar o processo de discussão e atualização da padronização de medicamentos

Estratégias

- ✓ Promover um processo de aquisição (respeitando a Lei 8666/93 e suas alterações) de medicamentos não padronizados, utilizando Tabela de Mercado como referência e definindo um percentual da mesma para fixar os valores dos medicamentos.
- ✓ O processo será aberto às farmácias interessadas em participar do fornecimento de medicamentos que se habilitem e que garantam a entrega imediata diante da apresentação de autorização da Prefeitura Municipal de Mariana e que se comprometam a respeitar as condições contratuais(em anexo).
- ✓ Estabelecer um teto anual para fornecimento dos medicamentos não padronizados, sendo o mesmo dividido em aliquotas iguais, entre as farmácias habilitadas.

CÂMARA MUNICIPAL DE MARIANA
APROVADO P/ UNANIMIDADE
Em 26/ Setembro / 2001

Presidente 
Secretário

- ✓ A autorização para fornecimento(modelo em anexo) está vinculada a *avaliação sócio econômica do paciente através do serviço de assistência social ou outro indicado, respeitando as exigências mínimas abaixo, entre outras :*
 - ✓ Apresentar comprovante de residência no município de Mariana
 - ✓ Renda familiar até 2 salários mínimos e/ou custo mensal dos medicamentos superior a 20 % da renda para os tratamentos *superiores a 3 meses*
- ✓ As empresas fornecedoras deverão apresentar a fatura mensal acompanhada de relatórios (em anexo) que permitirão a avaliação da Comissão de Farmácia e Terapêutica no processo de discussão e *atualização da padronização .*
- ✓ O médico prescritor deverá apresentar justificativa por escrito(modelo em anexo) para a prescrição de medicamentos não padronizados e orientar o paciente quanto a sua decisão. A justificativa deverá ser encaminhada ao *serviço de assistência social juntamente com a prescrição.*
- ✓ A prescrição médica deverá ser feita em formulário próprio da secretaria de saúde e com a denominação genérica dos medicamentos, aquelas que não se enquadrarem não deverão ser atendidas.
- ✓ A assistência social deverá manter arquivo específico do projeto e disponibilizá-lo ao Serviço de Assistência Farmacêutica para estudos e confecção de relatórios bem como manter relatório mensal do processo (em *anexo*).
- ✓ O projeto será feito em caráter experimental por 4 meses, sendo avaliado posteriormente o seu impacto e a viabilidade da continuidade.

Conclusão

A Farmácia Social apresenta-se como uma ferramenta acessória da farmácia básica que visa o atendimento amplo da comunidade dando maior atenção aos mais necessitados em conformidade com as diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, além de propiciar um acompanhamento do processo dinâmico de Padronização de medicamentos.

Anexos

Anexo 1 - Autorização

No 00001

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA
SECRETARIA DE SAÚDE
AUTORIZAÇÃO PARA MEDICAMENTOS NÃO PADRONIZADOS

Autorizo o fornecimento dos medicamentos abaixo relacionados em conformidade com a prescrição em anexo, para o(a) Sr.(a) _____ mediante a apresentação de documento de identidade.

1. _____
2. _____
3. _____

Mariana, ___ de _____ de 2001

Prefeitura Municipal de Mariana

- Válido somente com o carimbo

A farmácia deverá reter o comprovante de autorização bem como a prescrição e anexá-los à fatura mensal para fins de acerto.

CÂMARA MUNICIPAL DE MARIANA

APROVADO P/ UNANIMIDADE

Em 26/ Outubro / 2001

[Assinatura]
Presidente

[Assinatura]
Secretário

Anexo 2 – Ficha de Controle da Assistência Social

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA
SECRETARIA DE SAÚDE**

**Ficha de Controle de Emissão de Autorização
(Medicamentos Não Padronizados)**

Mês de Referência: _____

Data	Usuário (nome completo)	Condição	Autorizado por	No da Autorização

Mariana, ___ de _____ de 2001

Assistente Social

Dr. Vicente de Paulo Pimenta Filho
Secretario de Saúde

Conselho Municipal de Saúde

Celso Cota Neto
Prefeito

**CÂMARA MUNICIPAL DE MARIANA
APROVADO P/ UNANIMIDADE**

Em 26/ Outubro 12001

[Assinatura]
Presidente

[Assinatura]
Secretário

Anexo 3 – Prestação de Contas da Empresa Fornecedora

Identificação da Empresa
Medicamentos Atendidos – Projeto Farmácia Social

Mês de referência: _____
Alíquota Inicial (Saldo anterior) R\$ _____
Valor Total Mensal R\$ _____
Saldo Atual R\$ _____

Nome do Medicamento (Genérico) e apresentação

(Captopril 50 mg comprimido)- exemplo

Data de atendimento	Data da prescrição	Paciente	Médico prescriptor	Quantidade dispensada	Nome comercial	PU R\$	PT R\$	Num. da Autorização	Visto PMM (Não preencher)
20/09/01	10/09/01	Beltrano	Fulano	30	Capoten	1	30		

Mariana, ____ de _____ de 2001

Farmacêutico responsável e CRFMG

Proprietário

- Os medicamentos deverão ser relacionados em ordem alfabética do nome genérico.
- As autorizações bem como as prescrições deverão ser anexadas ao relatório e fatura e encaminhadas ao Fundo Municipal de Saúde

CÂMARA MUNICIPAL DE MARIANA
APROVADO P/ UNANIMIDADE

Em 26/ Outubro 2001

Presidente

Secretário

Anexo 4 – Condições contratuais específicas

Condições para fornecimento de medicamentos não padronizados

1. As empresas deverão apresentar profissional farmacêutico responsável de acordo com a legislação atual em vigor, para tanto deverão apresentar Alvará da Vigilância Sanitária.
2. O medicamento deverá ser dispensado na quantidade exata para o tratamento, de acordo com a prescrição.
3. O paciente deverá ser orientado quanto ao uso adequado do medicamento no ato da dispensação e a orientação deve ser transcrita na embalagem do medicamento ou em formulário fornecido pela empresa dispensadora. Caso seja necessário, a orientação deverá ser feita pelo farmacêutico presente no estabelecimento.
4. Caso seja necessário, o estabelecimento deverá providenciar material de orientação aos usuários analfabetos ou com dificuldade de entendimento.
5. Deverá ser dada preferência aos medicamentos genéricos e em seguida aos medicamentos de menor custo.
6. O material para administração de medicamentos injetáveis não será autorizado. Nestes casos o paciente pode ser orientado a se encaminhar a uma unidade de saúde para prosseguir com a administração.
7. É expressamente proibido a dispensação de medicamentos não autorizados ficando a encargo da empresa os casos que desrespeitem a orientação e estando a mesma sujeita ao cancelamento de crédito com a conseqüente redistribuição entre as demais participantes.
8. As empresas participantes que eventualmente sejam enquadradas em qualquer processo dos órgãos sanitários fiscalizadores, durante o período de abrangências do contrato, terão o seu contrato cancelado e o crédito será rateado entre as demais participantes. Neste caso receberão ofício de cancelamento encaminhado pela secretaria de saúde do município.
9. A prescrição médica deverá ser feita em formulário próprio da secretaria de saúde e com a denominação genérica dos medicamentos, aquelas que não se enquadrarem não deverão ser atendidas. Caso a orientação seja desrespeitada os custos correm por conta da empresa dispensadora.
10. Cada empresa deve acompanhar o seu saldo para dispensação, os atendimentos feitos além do saldo correm por conta da empresa dispensadora.
11. As empresas que alcançarem o saldo devem encaminhar ofício ao fundo municipal de saúde e ao secretário de saúde para que as devidas providências sejam tomadas.
12. A secretaria de saúde poderá em qualquer tempo avaliar o atendimento do estabelecimento, inclusive suas dependências, ou solicitar a avaliação por terceiros, desde que portando autorização assinada pelo secretário de saúde.

CÂMARA MUNICIPAL DE MARIANA
APROVADO P/ UNANIMIDADE
Em 26 de Outubro 1901
[Assinatura] Secretário
residente

Anexo 5 – Ficha de Assistência Farmacêutica

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA
SECRETARIA DE SAÚDE

Ficha de Acompanhamento – Assistência Farmacêutica
(Medicamentos Não Padronizados)

Mês de referência: _____

À Comissão de Farmácia e Terapêutica

Segue abaixo a relação de medicamentos não padronizados prescritos,
para apreciação e estudo desta comissão:

Medicamento e apresentação

Quantidade	Médicos prescritores	Presença de similar padronizado ?	Qual ?

Mariana, ____ de _____ de 2001

Farmacêutico responsável

CÂMARA MUNICIPAL DE MARIANA
APROVADO P/ UNANIMIDADE
Em 26/ Outubro 19001

Presidente

Secretário

Anexo 6 – Justificativa Médica para Solicitação de Não Padronizados

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA
SECRETARIA DE SAÚDE**

**JUSTIFICATIVA PARA SOLICITAÇÃO
(Medicamentos Não Padronizados)**

Diagnóstico: _____

Resultados de exames: _____

Medicamento de 1ª escolha: _____

- () Não há medicamentos desta classe disponíveis na Padronização
() O paciente não respondeu satisfatoriamente ao medicamento
_____ padronizado.
() Outra (Justificar) _____

Mariana, ___ de _____ de 2001

Carimbo e assinatura

CÂMARA MUNICIPAL DE MARIANA
· APROVADO P/ UNANIMIDADE

Em 26/ Outubro 19001

Presidente

Secretaria

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA
SECRETARIA DE SAÚDE**

Mariana, de Setembro de 2001

À diretoria de Materiais,

Solicito a abertura de processo de aquisição de medicamentos não padronizados, através de contrato de fornecimento para o valor global de R\$ 40000,00 , segundo justificativa, parecer jurídico e dotação orçamentária em anexo.

Requisitante:

Dr. Vicente de Paulo Pimenta Filho
Secretário de Saúde

De acordo:

Celso Cota Neto
Prefeito

**CÂMARA MUNICIPAL DE MARIANA
APROVADO P/ UNANIMIDADE**

Em 26 de Outubro de 2001

[Assinatura]
Presidente

[Assinatura]
Secretário

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA
SECRETARIA DE SAÚDE**

Mariana, de Setembro de 2001

Justificativa para o Pedido de Aquisição de Medicamentos Não Padronizados

O presente pedido vem atender a necessidade instalada do atendimento de prescrições de medicamentos necessários no tratamento de usuários do SUS e que não são contemplados pela Padronização. Os critérios para atendimento estão de acordo com o projeto da Farmácia Social, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde de Mariana.

Atenciosamente,

Dr. Vicente de Paulo Pimenta Filho
Secretário de Saúde

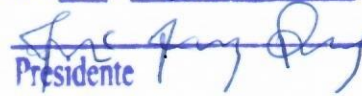
Dotação Orçamentária:

Saldo atua: R\$

(Informação fornecida pelo Fundo Municipal de Saúde)

CÂMARA MUNICIPAL DE MARIANA
APROVADO P/ UNANIMIDADE

Em 26 de Outubro de 2001


Presidente


Secretário

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA
SECRETARIA DE SAÚDE**

PROJETO FARMÁCIA SOCIAL

Mariana, 12 de Setembro de 2001

APROVAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARIANA

Os abaixo assinados confirmam a aprovação do Projeto Farmácia Social, em anexo, que deverá ser colocado em prática logo após este ato:

Nome legível do Conselheiro	Assinatura

Presidente do Conselho: _____

Em consonância com o Conselho Municipal de Saúde de Mariana, referendam o presente projeto o Ex.mo. Prefeito Sr. Celso Cota Neto e o Ex.mo. Secretário de Saúde Sr. Dr. Vicente de Paulo Pimenta Filho.

Mariana, __ de Setembro de 2001 .

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

CÂMARA MUNICIPAL DE MARIANA
APROVADO P/ UNANIMIDADE
Em 26/ Outubro / 2001
Presidente *[Assinatura]* Secretário *[Assinatura]*