



**Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral  
de Monte Alegre do Sul  
Cidade Presépio**

**DECRETO N° 1.994 DE 06 DE MARÇO DE 2017**

“Dispõem sobre o protocolo de avaliação de solicitação de medicamentos pela Assistência Social do município e dá outras providências”.

**EDSON RODRIGO DE OLIVEIRA CUNHA**, Prefeito Municipal da Estância Hidromineral de Monte Alegre do Sul, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais conferidas pela Lei Orgânica do Município, bem como a Legislação Municipal, DECRETA:

Art. 1.º A aquisição de medicamentos não inclusos nos protocolos padronizados do Município, bem como alimentação suplementar e leites específicos observarão o seguinte fluxo adotado no presente Decreto:

- I – As solicitações de medicamentos devem ser atendidas pelo setor de protocolo, mediante apresentação da prescrição médica e formulário devidamente preenchido pelo Médico; documento de identidade e comprovante de residência do paciente e/ou do responsável, se necessário;
- II – As solicitações juntamente com os documentos serão encaminhados ao Departamento de Saúde para parecer técnico do serviço social;
- III – Sendo favorável o parecer, consideradas as orientações gerais que seguem em anexo a este Decreto como princípios regentes no que tange a solicitação de Medicamentos, Suplementos Alimentares e Leites Específicos no município de Monte Alegre do Sul, o pedido poderá ser deferido pela autoridade pública municipal.
- IV – Sendo o medicamento de responsabilidade de esfera estadual, deverá o Departamento de Saúde prover o devido requerimento do mesmo junto ao solicitante, com o preenchimento dos formulários necessário para instrução daquele, e protocolado no respectivo Departamento Regional de Saúde.
- V – Os pacientes com tratamento contínuo, ininterrupto, deverão passar por avaliação médica de 03 (três) em 03 (três) meses, para revisão da prescrição.

Art. 2.º Nos casos de solicitação de medicamento não relacionado na padronização do Município, o médico deverá justificar a prescrição através de laudo com história clínica do paciente, anexando



**Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral  
de Monte Alegre do Sul  
Cidade Presépio**

exames diagnósticos e juntando cópia de estudos baseados em evidência científica que justifique a prescrição como primeira escolha.

Art. 3.º Compete ao Departamento de Assistência e Desenvolvimento Social garantir e fiscalizar o estrito cumprimento das diretrizes elencadas para fim de se atingir a igualdade social e promover o bem estar e acesso da população aos medicamentos e gêneros quando devidos.

Art. 4.º Integram, como força normativa este Decreto, os Anexo I, II, III, IV e V que tratam dos princípios adotados, e dos formulários de solicitação, que deverão impreterivelmente constar de toda e qualquer solicitação de medicamento, suplemento alimentar ou leite específico, sob pena de indeferimento da solicitação.

Art. 5.º Compete ao Departamento de Assistência e Desenvolvimento Social e do Departamento de Saúde a orientação dos solicitantes quanto ao preenchimento dos formulários e documentação requerida quando da realização de avaliação socioeconômica.

Art. 6.º O Departamento de Saúde dará ampla divulgação do teor deste regulamento às suas unidades.

Art. 7.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Monte Alegre do Sul, 06 de março de 2017

**Edson Rodrigo de Oliveira Cunha**  
Prefeito Municipal

Registrado em livro próprio e publicado em 06 de março de 2017

**Leandro Affonso Tomazi**  
Chefe de Gabinete



**Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral  
de Monte Alegre do Sul  
Cidade Presépio**

**ANEXO I**

**Orientações Gerais para solicitação de MEDICAMENTO, SUPLEMENTO ALIMENTAR ou NUTRIÇÃO ENTERAL para pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS**

**1. PRINCÍPIOS GERAIS PARA SOLICITAÇÃO:**

- Pacientes deverão residir no município de Monte Alegre do Sul;
- O acesso será através das Portas de Entrada do SUS (Decreto Nº 7.508 de 28/06/2011), ou seja, o paciente deverá estar em tratamento médico ou nutricional, atendidos pela rede municipal e estadual de saúde ou outros serviços de saúde por profissionais do Sistema Único de Saúde – SUS;
- A prescrição deverá estar em conformidade com a RENAME de acordo com seus protocolos clínicos.
- Os processos deferidos terão vigência de 06 (seis) meses. A renovação deverá ser feita através do Laudo para Solicitação de Medicamento, devidamente preenchido o qual será reavaliado. O documento deverá ser entregue à Assistência Farmacêutica no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término da vigência do processo. Não havendo renovação o processo será arquivado.
- Em caso de mudanças no tratamento durante a vigência do processo, deverá ser imediatamente anexada nova prescrição ao processo para nova avaliação na Assistência Farmacêutica;

**1.1. EXECEÇÕES:**

A prescrição que não constar na lista da RENAME poderá ser encaminhado, para aprovação do Estado via processo administrativo. O formulário será entregue ao paciente pela Assistência Farmacêutica, este deverá ser devidamente preenchido e devolvido para que seja encaminhado via correios ao Estado.

A resposta do Estado virá através de telegrama no endereço informado pelo paciente no formulário. Este telegrama deverá ser apresentado a Assistência Farmacêutica para orientações.

- **Deferido:** o paciente deverá retirar a medicação junto a DRSVII em Campinas conforme orientações do Estado.
- **Indeferido:** o paciente será notificado pelo Estado.



## Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral de Monte Alegre do Sul Cidade Presépio

- Em caso de urgência (paciente em estado grave), esta deverá ser justificativa tecnicamente no item 3.9 do Laudo para Solicitação de Medicamento. Caso esta seja constatada, o processo poderá ser encaminhado para uma avaliação emergencial.

### 2. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O REQUERIMENTO

Com todos os documentos descritos abaixo em mãos, protocolar no balcão localizado no andar térreo da Prefeitura Municipal de Serra Negra.

- **Formulários:** Os formulários para avaliação de solicitação de MEDICAMENTO, SUPLEMENTO ALIMENTAR OU NUTRIÇÃO ENTERAL completamente preenchido, legível e com a assinatura do Paciente ou Responsável e com data inferior a 30 dias.
- **Documentos Pessoais:** Cópia comum de CPF, RG, Cartão Nacional da Saúde - SUS (CNS) e Comprovante Atual de residência com CEP, ponto de referência e telefones para contato.
- **Exames:** Quando solicitado, deverão ser anexadas cópias dos exames relevantes para a patologia do paciente.
- **Receita:** A receita anexada deverá seguir as Legislações vigentes e preenchidas sem rasuras, sem códigos ou abreviaturas, com caligrafia legível, devendo constar: Nome completo do paciente; Denominação do princípio ativo; Posologia com duração do tratamento; Nome do profissional e número da inscrição no seu respectivo conselho (este deverá ser o mesmo que preencher o laudo); Data e assinatura do profissional do SUS, carimbo do profissional com respectivo número do respectivo conselho; Endereço completo do local de trabalho do profissional.



**Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral  
de Monte Alegre do Sul  
Cidade Presépio**

**ANEXO II**

**Orientações Gerais para solicitação de MEDICAMENTO, SUPLEMENTO ALIMENTAR /  
LEITES ESPECÍFICOS para pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS**

**1. PRINCÍPIOS GERAIS PARA SOLICITAÇÃO:**

- Pacientes deverão residir no município de Monte Alegre do Sul e não ter condições de arcar com o custo ;
- O acesso será através das Portas de Entrada do SUS (Decreto Nº 7.508 de 28/06/2011), ou seja, o paciente deverá estar em tratamento médico ou nutricional, atendidos pela rede municipal e estadual de saúde ou outros serviços de saúde por profissionais do Sistema Único de Saúde – SUS;
- A medicação, suplementos e leites deverá ser de uso de no mínimo três meses de tratamento;
- A medicação deverá ser de custo maior ao valor de R\$ 50,00, e a renda percapita familiar deve ser referente á um terço do salário mínimo, sendo, R\$ 312,00, comprovadas através de avaliação socioeconômica;
- Os processos deferidos terão vigência de 03 (três) meses. A renovação deverá ser feita no protocolo da prefeitura no prazo de 30 (trinta ) dias antes do término da vigência do processo. Não havendo renovação o processo será arquivado, pois conclui-se que o paciente não fara mais uso da medicação, suplementos enteral e leites;
- Em caso de mudanças no tratamento durante a vigência do processo, deverá ser imediatamente anexada nova prescrição ao processo para nova avaliação;
- Em caso de suplementos enteral, se deferido de acordo com o protocolo, será fornecido metade da prescrição nutricional;
- Em caso de leites comuns (Aptamil, Nan...), será fornecido até que a criança complete 6 (seis ) meses, idade que a criança inicia a ingestão de alimentos.



**Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral  
de Monte Alegre do Sul  
Cidade Presépio**

**2. EXECEÇÕES:**

- Em caso de urgência (paciente em estado grave), esta deverá ser justificativa tecnicamente em Laudo Médico, para Solicitação de Medicamento. Caso esta seja constatada, o processo poderá ser encaminhado para uma avaliação emergencial.

**3. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O REQUERIMENTO**

- Com todos os documentos descritos abaixo em mãos, protocolar na prefeitura;
- **Formulário:** O formulário para avaliação de solicitação de MEDICAMENTO, ou SUPLEMENTO ALIMENTAR deveser entregue preenchido, legível e com a assinatura do Paciente ou Responsável e data.
- **Receita médica:** A cópia da receita anexada deverá constar: Nome completo do paciente; Denominação do princípio ativo; **Posologia com duração do tratamento;** Data e assinatura do profissional;
- **Documentos Pessoais:** Cópia comum de CPF, RG, Cartão Nacional da Saúde - SUS (CNS) e Comprovante Atual de residência com CEP, e telefones para contato.
- Caso **não aceite medicamento genérico, similar ou manipulado**, anexar laudo médico, justificando.
- Após abertura do processo o paciente deveser aguardar visita da assistente social para realização de avaliação socioeconômica;
- Assim que avaliado, o departamento de saúde realizará contato com o paciente informando se o processo foi deferido ou indeferido.



**Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral  
de Monte Alegre do Sul  
Cidade Presépio**

**ANEXO III**

**Laudo para solicitação de MEDICAMENTOS por profissional  
que atua no Sistema Único de Saúde – SUS**

**Avaliação de Pedido Administrativo**

<b>1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>		
Nome completo:		
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino		Data de nascimento: ____/____/____
CPF:	RG:	CNS:
Endereço:		
Complemento:		Bairro:
Município:	UF: SP	CEP:
Telefones: ( )		
<b>2. IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO SOLICITANTE</b>		
Nome do profissional do Sistema Único de Saúde:		
CNES:		
Nº CRM:	CPF:	
Endereço do serviço de saúde onde atua:		



**Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral  
de Monte Alegre do Sul**  
Cidade Presépio

Telefones: ( )
<b>3. INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA</b>
3.1 Doença Principal:  CID-10:
3.2 Há quanto tempo:
3.3 Outro(s) diagnóstico(s):  CID 10 (s):
3.4 Em casos oncológicos: *sempre que aplicável <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Informar estadiamento clínico Classificação TNM* _____</li><li>▪ Anexar cópia anatomo patológico e *PSA/imunohistoquímico</li></ul>
3.5 Informações sobre os resultados dos exames complementares para a patologia (anexar cópias):
3.6 Tratamentos e Medicamentos já realizados e utilizados (em ordem cronológica):
3.7 Descreva o atual planejamento terapêutico:





**Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral  
de Monte Alegre do Sul  
Cidade Presépio**

3.8 Descreva como se dará a resposta terapêutica e frequência de avaliação:

3.9 Se houver urgência no fornecimento (paciente em estado grave), justifique:

**4. MEDICAMENTOS SOLICITADOS**

Enumerar e descrever o(s) medicamento(s) pelo **princípio ativo** e anexar a receita médica devidamente preenchida:

OBS: Caso não aceite medicamento genérico, similar ou manipulado, anexar relatório justificando.

**5. LOCAL DE TRATAMENTO (Serviço de Saúde, Hospital)**

Nome do estabelecimento:

CNES:

Endereço:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura e carimbo



**Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral  
de Monte Alegre do Sul  
Cidade Presépio**

**ANEXO IV**

**Laudo para solicitação de SUPLEMENTO ALIMENTAR ou NUTRIÇÃO ENTERAL por profissional que atua no Sistema Único de Saúde - SUS**

**Avaliação de Pedido Administrativo**

**1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome completo:

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF:

RG:

CNS:

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Município:

UF: SP

CEP:

Telefones: ( )

**2. INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA**

Doença Principal:

Outro(s) diagnóstico(s):

Assinalar o agravo que justifica a indicação da terapia nutricional:

( ) Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito digestivo



**Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral  
de Monte Alegre do Sul**  
Cidade Presépio

<input type="checkbox"/> Disfagia por doença neurológica	
<input type="checkbox"/> Transtorno de motilidade intestinal	
<input type="checkbox"/> Síndrome da má absorção	
<input type="checkbox"/> Desnutrição moderada à grave	
<input type="checkbox"/> Outro (s):	
<b>3. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL</b>	
Peso:            Atual <input type="checkbox"/> Estimado <input type="checkbox"/>	Peso há 06 meses:
Altura:           Atual <input type="checkbox"/> Estimado <input type="checkbox"/>	Perda de peso nos últimos 6 meses:
Circunferência do braço (CB):	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> diminuída
Circunferência da panturilha (CP):	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> diminuída
Possui úlcera por pressão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
IMC: <input type="checkbox"/> real <input type="checkbox"/> estimado	
Classificação de IMC:	
Observações complementares:	
4.1 Tipo de vias de administração da alimentação:	
<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> TNE + VO <input type="checkbox"/> TNE exclusiva	



**Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral  
de Monte Alegre do Sul  
Cidade Presépio**

4.2 Via de acesso:
Por sonda:    (    ) Nasogástrica    (    ) Nasoduodenal    (    ) Nasojejunal
Por estomia: (    ) Gastrostomia    (    ) Jejunostomia
4.4 Suplemento Alimentar prescrito <b>ou</b> Nutrição Enteral prescrita:
<b>5. TIPO DE FÓRMULA SOLICITADA</b>
A - Fórmula padrão (isenta de sacarose):
(    ) Normocalórica, normoproteica
(    ) Hipercalórica, hiperproteica
B - Fórmula especializada:
(    ) Elementar    (    ) Semielementar
C- Suplemento Alimentar (    )
Observações complementares:

<b>6. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E NUTRICIONISTA OU MÉDICO SOLICITANTE</b>
Nome da instituição de saúde:
CNES:
Endereço:



**Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral  
de Monte Alegre do Sul**  
Cidade Presépio

Complemento:
Município:
Telefones: (   )
Nome do profissional:
(   ) médico                      (   ) nutricionista
Nº no respectivo conselho regional de classe:
CPF:
E-mail:
Data: ____/____/____



**Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral  
de Monte Alegre do Sul  
Cidade Presépio**

**ANEXO V**

**Laudo para solicitação de SUPLEMENTO ALIMENTAR ou NUTRIÇÃO ENTERAL para crianças e adolescentes por profissional que atua no Sistema Único de Saúde - SUS**

**Avaliação de Pedido Administrativo**

**1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome completo:		
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino	Data de nascimento: ____/____/____	
CPF:	RG:	CNS:
Endereço:		
Complemento:		Bairro:
Município:	UF: SP	CEP:
Telefones: ( )		
Responsável:		
Grau de parentesco:		

**2. INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA**

Doença Principal:
Outro(s) diagnóstico(s):

**3. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES**

Peso:	Estatura:
-------	-----------



**Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral  
de Monte Alegre do Sul  
Cidade Presépio**

<b>Crianças de 0 a 5 anos incompletos:</b>	<b>Crianças de 5 a 10 anos incompletos:</b>
P/I:	P/I:
P/E:	IMC/idade:
IMC/idade:	E/I:
E/I:	
<b>Adolescentes (10 a 20 anos incompletos):</b>	
IMC/idade:	
E/I:	
<b>DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL:</b>	
<b>4. ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL</b>	
4.1 Tipo de vias de administração da alimentação/suplementação:	
<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> TNE + VO <input type="checkbox"/> TNE exclusiva	
4.2 Via de acesso:	
Por sonda: <input type="checkbox"/> Nasogástrica <input type="checkbox"/> Nasoduodenal <input type="checkbox"/> Nasojejunal	
Por estomia: <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia	
4.4 Sugestão de Suplemento Alimentar prescrito <b>ou</b> Nutrição Enteral prescrita:	



**Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral  
de Monte Alegre do Sul  
Cidade Presépio**

<b>5.TIPO DE FÓRMULA SOLICITADA</b>
A - Fórmula padrão para lactentes:
( ) Polimérica até 06 meses de idade (de partida)
( ) Polimérica maiores de 06 meses de idade (seguimento)
B- Fórmula especializada para lactentes:
( ) Elementar      ( ) Metabólica      ( ) Semielementar
C - Fórmula padrão (isenta de sacarose):
( ) Normocalórica, normoproteica
( ) Hipercalórica, hiperproteica
D - Fórmula especializada:
( ) Elementar      ( ) Semielementar
E - Suplemento Alimentar ( )
Observações complementares:





**Prefeitura Municipal da Estância Hidromineral  
de Monte Alegre do Sul**  
Cidade Presépio

--

**6. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E NUTRICIONISTA OU MÉDICO SOLICITANTE**

Nome da instituição de saúde:
CNES:
Endereço:
Complemento:
Município:
Telefones: (    )
Nome do profissional:
(    ) médico                      (    ) nutricionista
Nº no respectivo conselho regional de classe:
CPF:
Data: ____/____/____
_____
Assinatura e carimbo do profissional
_____
Assinatura do paciente ou responsável