DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE JOSÉ BONIFÁCIO

Conforme Lei Municipal nº 3.748, de 23 de setembro de 2014

www.josebonifacio.sp.gov.br | www.imprensaoficialmunicipal.com.br/josebonifacio

SUMÁRIO

Poder Executivo 2
Atos Oficiais 2
Resoluções 2

EXPEDIENTE

O Diário Oficial do Município de José Bonifácio, veiculado exclusivamente na forma eletrônica, é uma publicação das entidades da Administração Direta e Indireta deste Município, sendo referidas entidades inteiramente responsáveis pelo conteúdo aqui publicado.

ACERVO

As edições do Diário Oficial Eletrônico de José Bonifácio poderão ser consultadas através da internet, por meio do seguinte endereço eletrônico: www.josebonifacio.sp.gov.br
Para pesquisa por qualquer termo e utilização de filtros, acesse www.imprensaoficialmunicipal.com.br/josebonifacio
As consultas e pesquisas são de acesso gratuito e independente de qualquer cadastro.

ENTIDADES

Prefeitura Municipal de José Bonifácio
CNPJ 45.141.132/0001-71
Avenida São João, nº 72 – Centro
Telefone: (17) 3245-9200
Site: www.josebonifacio.sp.gov.br
Diário: www.imprensaoficialmunicipal.com.br/josebonifacio

Câmara Municipal de José Bonifácio
Avenida Romeu Maia Souto, nº 20 – Centro
Telefone: (17) 3245-1213
Site: www.camarajosebonifacio.com.br

Fundação de Ensino Oswaldo Bertazoni
Rua Sete de Setembro, nº 285 – Centro
Telefone: (17) 3265-3277

Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICPBrasil, em conformidade com a MP nº 2.200-2, de 2001

O Município de José Bonifácio garante a autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.josebonifacio.sp.gov.br

Compilado e também disponível em www.imprensaoficialmunicipal.com.br/josebonifacio

Prefeitura de José Bonifácio SP
Secretaria de Saúde

RESOLUÇÃO ADMINISTRATIVA SMS Nº 002 DE 03 DE MARÇO DE 2026

Institui o protocolo de procedimentos para solicitação de medicamentos não padronizados na REMUME.

CONSIDERANDO a ausência de normatização e padronização para entrega de medicamentos não padronizados na REMUME, nem abarcados pela entrega da Farmácia de Alto Custo, fica instituída a presente Resolução Administrativa para fixar fluxograma de entrega, protocolo e procedimento para dispensa das medicações não previstas no REMUME, nem na Farmácia de Alto Custo.

Art. 1º Fica instituído o Protocolo de procedimentos para solicitação de medicamentos não padronizados na REMUME.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A presente Resolução Administrativa e seus ANEXOS são de observância obrigatória de todos os Médicos, Assistentes Sociais, Farmacêuticos, Técnicos em Farmácia e Enfermeiros atuantes na atenção primária, em qualquer modalidade de contratação ou vínculo com a Prefeitura Municipal de José Bonifácio, em todas as unidades municipais de atendimento que prestam atendimento em Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou Estratégia de Atenção Primária (EAP).

Art. 3º Constará no ANEXO I o protocolo de procedimentos para solicitação de medicamentos não padronizados na REMUME, podendo ser alterado a qualquer tempo.

Art. 4º Fica estabelecida a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), prevista no Decreto n.º 2.287/2011, como reguladora dos processos de disponibilização dos medicamentos não padronizados, avaliando individualmente cada requisição e respeitando os critérios éticos, técnicos e legais sobre o fornecimento dos medicamentos.

Art. 5º Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal de José Bonifácio, Paço Municipal "João Felix de Mendonça", aos três de março de dois mil e vinte e seis.

ELIANE CRISTINA DE TOLEDO
Secretária Municipal de Saúde

Prefeitura de José Bonifácio SP
Secretaria de Saúde

ANEXO I

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS NÃO PADRONIZADOS NA REMUME

1 INTRODUÇÃO

CONSIDERANDO a ausência de normatização e padronização para entrega de medicamentos não padronizados na REMUME, nem abarcados pela entrega da Farmácia de Alto Custo, urge a necessidade de regularizar o procedimento de entrega dessas medicações, considerando a dispensa de recursos financeiros, bem como a necessidade individual de cada paciente atendido no Município de José Bonifácio, sempre observando a legalidade, a moralidade, a impessoalidade, a publicidade, a eficiência, o mínimo existencial e o direito à saúde integral e gratuita, e respeitando os critérios éticos, técnicos e legais sobre o fornecimento dos medicamentos;

CONSIDERANDO o que determinam as Leis Federais, Estaduais e Municipais a respeito da utilização de Licitações para as compras de medicamentos;

CONSIDERANDO que, de outro lado, a Lei Federal 101/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal – exige controle rígido dos gastos em Saúde, obedecendo dotações aprovadas na Lei Orçamentária Anual Municipal para essas aquisições;

A Secretaria Municipal de Saúde, para normatizar o fluxo de entrega dessas medicações, institui o presente protocolo.

2 OBJETIVOS

Padronizar a dispensa de medicações não padronizados na REMUME, nem previstos para entrega junto à Farmácia de Alto Custo.

3. DO PROTOCOLO DE ENTREGA E FLUXOGRAMA

Após a prescrição do medicamento pelo médico, o paciente deve se dirigir à sua unidade de saúde de referência onde deverá procurar o farmacêutico ou o enfermeiro da unidade para realizar a abertura do pedido.

O profissional deverá orientar o paciente quanto aos documentos e formulários necessários, sendo eles: receituário comprovando a prescrição do medicamento, as cópias dos documentos de identificação (Documento de Identidade, Comprovante de Endereço, Cartão Nacional de Saúde e Cartão Municipal de Saúde), Formulário de solicitação (modelo abaixo), relatório médico (modelo sugerido abaixo) e relatório do Assistente Social confirmando a impossibilidade financeira de compra do medicamento quando esta for comprovada após análise.

Prefeitura de José Bonifácio SP
Secretaria de Saúde

A triagem social realizada pelo Setor Social da Saúde, necessária à emissão do relatório da Assistência Social em Saúde, poderá ser realizada mediante visita domiciliar para confirmação das informações. O Setor da Assistência Social da Saúde realizará uma avaliação do poder econômico social para se apurar a renda per capita líquida do paciente. Será entregue a medicação àquele paciente que possua renda per capita condizente aos critérios socioeconômicos adotados para o Programa "Bolsa-Família".

Para casos de medicações que envolvam o tratamento de câncer, tuberculose, asma, hanseníase, HIV, trombose, doença renal crônica, doenças degenerativas, diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares graves, bem como que afetem pacientes idosos e pessoas com deficiência (PcD), considerar-se-á renda per capita líquida referente ao dobro da renda estabelecida como limite para entrega de medicações não contidas no REMUME ou entregues pela Farmácia de Alto Custo.

Após a elaboração do processo de solicitação e emitido o relatório da Assistência Social da Saúde, as documentações deverão ser remetidas à Coordenação Farmacêutica e à Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), ocasião em que serão avaliados os requisitos técnicos e o processo será deferido ou negado.

Estabelece-se que o prazo de análise a contar da admissão da solicitação (o que se subentende estarem os requisitos preenchidos) é de 60 dias corridos para medicamentos.

Eventuais tratamentos de urgência (munidos de justificativa plausível pelo médico prescritor a ser ratificada pela(o) presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica) terão o prazo encurtado para 10 dias corridos, requerendo a convocação de reunião extraordinária desta Comissão.

Findo o processo de análise da solicitação e em caso de deferimento, o processo de compra será submetido à Secretaria de Compras desta Prefeitura Municipal com o objetivo de se estabelecer a viabilidade financeira da aquisição do medicamento.

Todo o procedimento e suas documentações deverão ser arquivados em pasta individual de cada paciente, ainda que o mesmo mantenha duas ou mais medicações solicitadas, junto ao Setor de Assistência Social da Saúde.

O fluxograma gráfico dos processos de fornecimento de medicamentos não padronizado tem o objetivo de esclarecer e ilustrar o processo de solicitação a fim de facilitar o entendimento.

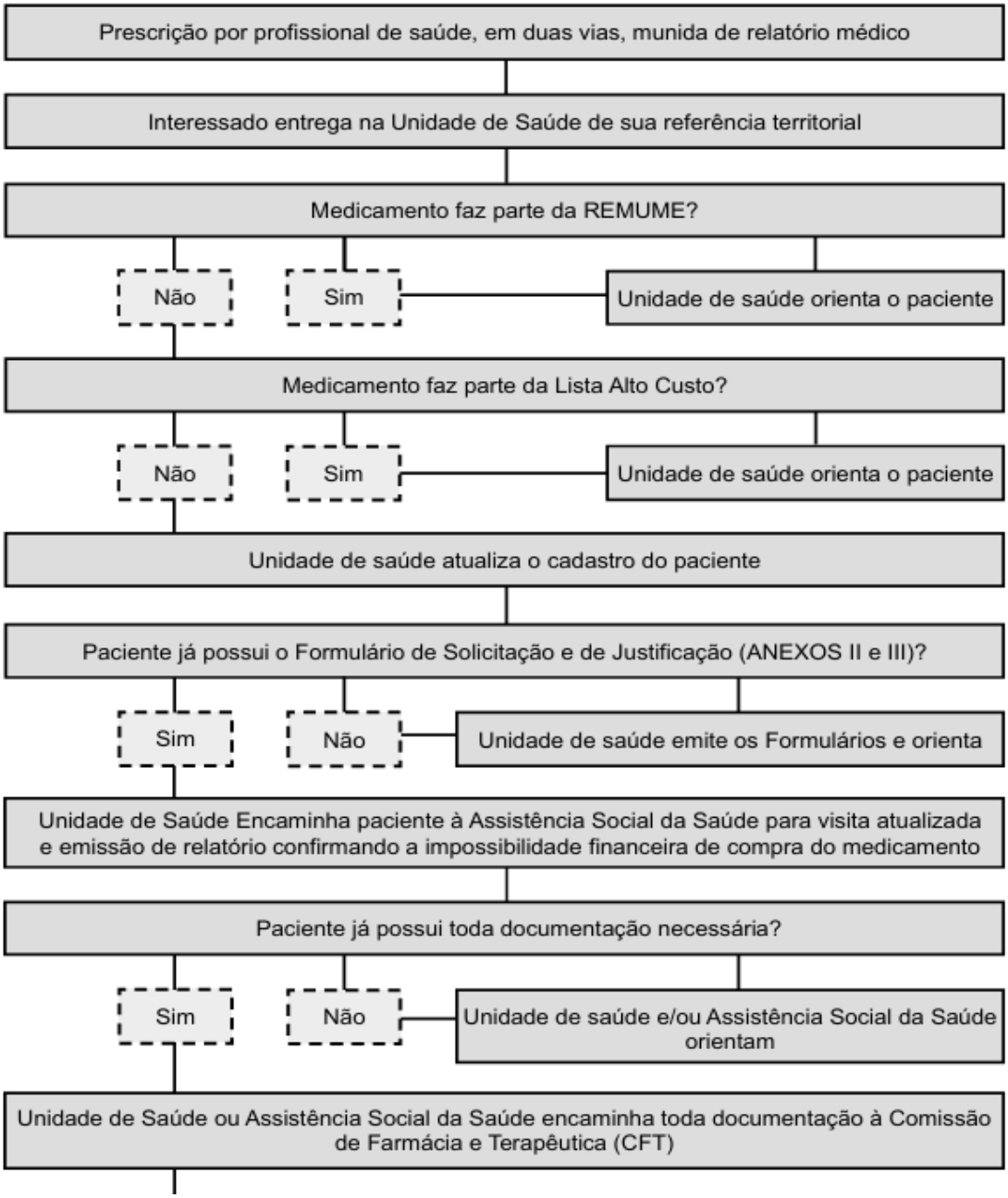
Os casos ou situações ignoradas no presente documento deverão ser encaminhados à Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Após deferida a solicitação da medicação, a medicação será adquirida na exata quantidade solicitada no receituário e prevista na duração do tratamento. Em casos de duração do tratamento superior a 2 (dois) meses, bem como por períodos indeterminados, deverá ser emitido novo receituário médico por médico local

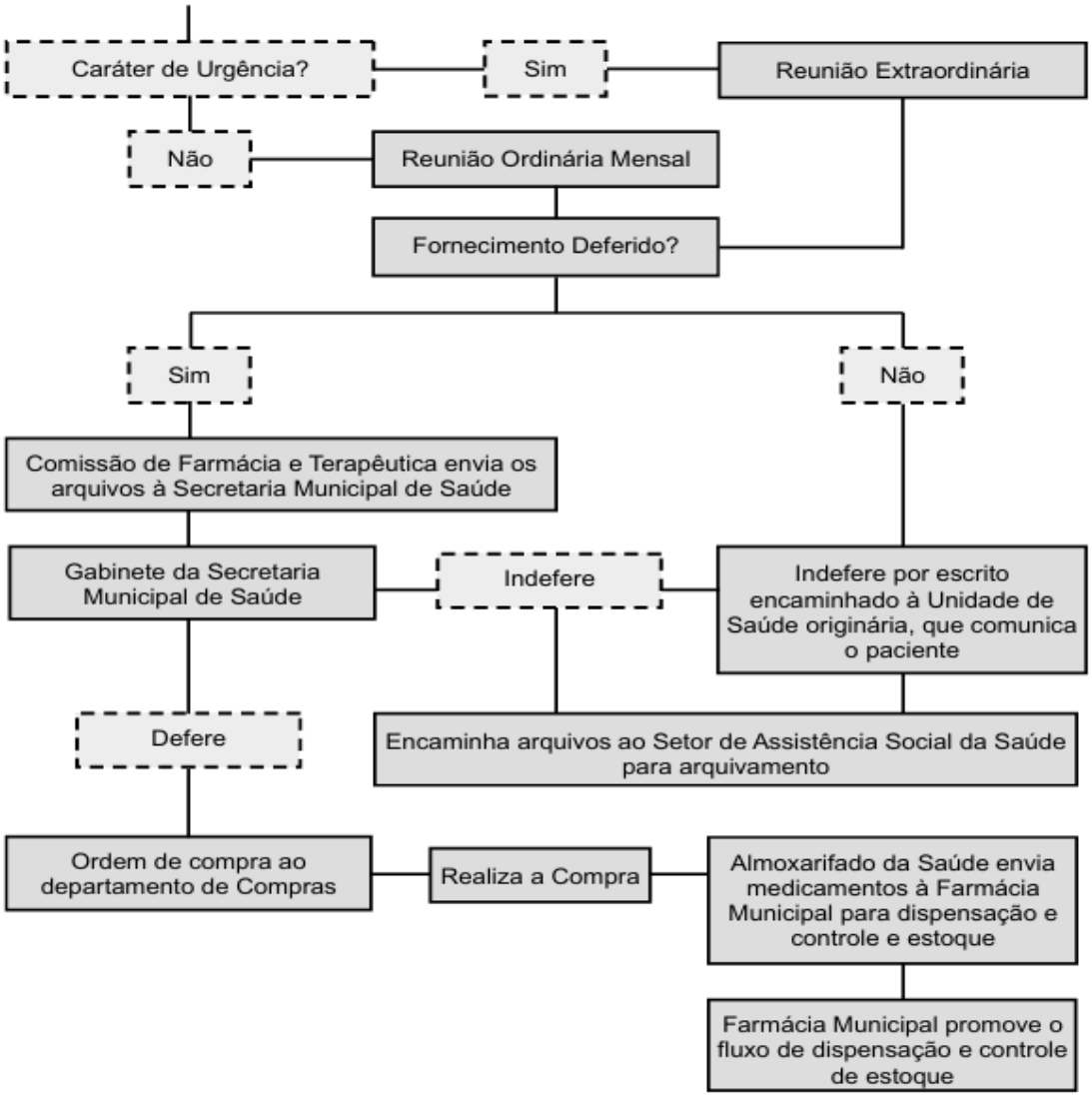
Prefeitura de José Bonifácio SP
Secretaria de Saúde

conjuntamente com Formulário de Justificação (ANEXO III) que será arquivado junto ao Setor de Assistência Social da Saúde, utilizando-se do mesmo procedimento para a aquisição e dispensação da medicação, no limite do tempo incluído para a duração do tratamento.

4. FLUXOGRAMA DA SOLICITAÇÃO



Prefeitura de José Bonifácio SP
Secretaria de Saúde



5. DOS DOCUMENTOS E FORMULÁRIOS NECESSÁRIOS

1) Receituário médico, em duas vias, comprovando a prescrição do medicamento, conjuntamente com relatório médico constando história da doença atual, evolução do quadro, tratamentos prévios, se houver, comorbidades do paciente e medicações de uso contínuo, necessidade do uso da medicação prescrita e seu tempo de duração e descrição da hipótese diagnóstica com CID-10, dentre outras informações ou resultados de exames, se houver. Relatório de Consulta junto à atenção secundária/terciária servirá como relatório médico, desde que contenha os requisitos descritos acima;

Prefeitura de José Bonifácio SP
Secretaria de Saúde

2) Cópias dos documentos de identificação: Documento de Identidade com foto, Comprovante de Endereço, Cartão Nacional de Saúde e Cartão Municipal de Saúde;

3) Formulário de solicitação de medicamentos (ANEXO II);

4) Formulário de Justificação (ANEXO III) assinado pelo médico local ou particular acompanhado de Relatório médico (interno ou externo) constando história da doença atual, evolução do quadro, tratamentos prévios, se houver, comorbidades do paciente e medicações de uso contínuo, necessidade do uso da medicação prescrita e seu tempo de duração e descrição da hipótese diagnóstica com CID-10, dentre outras informações ou resultados de exames, se houver. Relatório de Consulta junto à atenção secundária/terciária servirá como relatório médico, desde que contenha os requisitos descritos acima;

5) Relatório do Assistente Social confirmando a impossibilidade financeira de compra do medicamento quando esta for comprovada após análise.

Prefeitura de José Bonifácio SP
Secretaria de Saúde

ANEXO II

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS NÃO CONSTANTES NA REMUME – JOSÉ BONIFÁCIO (SP).

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo:

Responsável ou nome completo da Mãe do Paciente:

Sexo: Masculino ( ) / Feminino ( );

Responsável ou nome completo da Mãe do Paciente:

Data de Nascimento: _____/_____/_____;

CPF: _____._____._____-_____ RG: _____
CNS: _____

Endereço: _____, n.º _____, Bairro _____, Município de José Bonifácio (SP), CEP: _____-_____;

DDD: (_____) Número de Contato Telefônico _____; E-mail: _____.

2. AVALIAÇÃO DO(S) MEDICAMENTO(S) NÃO PADRONIZADOS NO REMUME

	MEDICAMENTO(S) / FORMA FARMACÊUTICA	QUANTIDADE MENSAL SOLICITADA	DURAÇÃO DO TRATAMENTO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Prefeitura de José Bonifácio SP
Secretaria de Saúde

3. INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

Doença Principal:
CID-10:

---------- (preenchimento exclusivo da CFT) ----------

4. AVALIAÇÃO TÉCNICA DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

1) Cadastrado	**OBS:** Obrigatória apresentação em anexo do **Receituário médico**, em duas vias, munido de relatório médico; Cópias dos documentos de identificação: **Documento de Identidade com foto**, **Comprovante de Endereço**, **Cartão Nacional de Saúde** e **Cartão Municipal de Saúde**; **Formulário de Justificação** assinado pelo médico local ou particular, acompanhado de Relatório médico (interno ou externo) contendo histórico da doença atual, comorbidades associadas, necessidade do uso da medicação prescrita e seu tempo de duração e descrição da hipótese diagnóstica com CID-10 e **Relatório do Assistente Social** confirmando a impossibilidade financeira de compra do medicamento.	**DEFERIDA** a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração: 1 2 3 4 5 6 7 **INDEFERIDA** a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração: 1 2 3 4 5 6 7 **OBS:** _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____.
2) Não Cadastrado		A solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelos seguintes motivos: **Preenchimento Incompleto:** 1 2 3 4 5 6 7 **Preenchimento Incorreto:** 1 2 3 4 5 6 7 **Ausência de Documentação:** 1 2 3 4 5 6 7 **Outros:** _____ _____ _____

Prefeitura de José Bonifácio SP
Secretaria de Saúde

ANEXO III

FORMULÁRIO DE JUSTIFICAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO(S) NÃO CONSTANTE(S) DA REMUME – JOSÉ BONIFÁCIO

1. DECLARAÇÃO DO MÉDICO PARTICULAR/EXTERNO

O médico declara estar ciente de que a solicitação extra-Remume é exclusiva para atender pacientes registrados e acompanhados em Unidade de Saúde da Rede Municipal de José Bonifácio (SP) e que é o médico assistente do paciente desde ……./……./……. (dia/mês/ano), assumindo total responsabilidade pela prescrição do medicamento requerido nesta solicitação extra-Remume, de acordo com a legislação municipal.

Data: ……./……./…….

Assinatura:……
Carimbo com nome e CRM do solicitante.

A solicitação extra-Remume será avaliada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) segundo os critérios da medicina com base em provas/evidências e da afecção do paciente. O médico solicitante Particular/Externo poderá ser contatado quando esclarecimentos forem necessários, por isso é indispensável que seja informado o seu telefone e e-mail:
Telefone de Contato: ( ) ……..; e-mail……..

---

1. DECLARAÇÃO DO MÉDICO E ENFERMEIRO GESTOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O médico declara estar ciente de que a solicitação extra-Remume é exclusiva para atender pacientes registrados e acompanhados em Unidade de Saúde da Rede Municipal de José Bonifácio (SP) e o enfermeiro chefe desta unidade atesta que o paciente mantém acompanhamento nesta unidade de Saúde …….. (nome da unidade) desde ……./……./……. (dia/mês/ano), e que o mesmo apresentou receituário médico emitido pela atenção pública secundária/terciária, prescrito pelo(a) médico(a) Dr.(a)…….., CRM n.º ……./…….. (número/UF), junto à especialidade ..... da instituição ……..…… …… …… (ex.: AME Rio Preto; Hospital de Base de São José do Rio Preto; Hospital Dr. Adolfo Bezerra de Menezes, etc.).

Data: ……./……./…….

Assinatura:……
Carimbo com nome e CRM do Médico da UBS/UBSF.

Assinatura:……
Carimbo com nome e COREN do Enfermeiro Chefe da UBS/UBSF.

Prefeitura de José Bonifácio SP
Secretaria de Saúde

2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Nome completo:
Responsável ou nome completo da Mãe do Paciente:
Sexo: Masculino ( ) / Feminino ( );
Responsável ou nome completo da Mãe do Paciente:
Data de Nascimento: _____/_____/_____;
CPF: _____._____._____-_____ RG: _____ CNS: _____
Endereço: _____, n.º _____, Bairro _____, Município de José Bonifácio (SP), CEP: _____-_____;
DDD: (_____) Número de Contato Telefônico _____; E-mail: _____.

3. INFORMAÇÕES DA MEDICAÇÃO SOLICITADA E DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE CONFLITO DE INTERESSE
Medicamento (Denominação Comum Brasileira):
Nome Comercial:
Concentração:
Forma Farmacêutica:
Posologia:
Período de Tratamento:
Declaro para todos os fins de esclarecimento, a inexistência de conflito de interesse em relação à indústria farmacêutica e/ou pesquisa clínica com a prescrição desse medicamento, buscando o melhor atendimento para o paciente.
Data: ……./……./……. **Assinatura:**…… Carimbo com nome e CRM do Médico