

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 005/2017

“Dispõe sobre a concessão de medicamentos não fornecidos pela Farmácia Básica do Município”.

Considerando a Constituição Federal de 1988, em observação aos artigos 196 a 198 e as Leis Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; Lei Nº 8.069, de 13 de junho de 1990; Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, capítulo IV, em observação ao artigo 15; Lei Nº 8.666, de 21 de junho de 1993;

RESOLVE:

Art. 1º - Esta Instrução normatiza o auxílio para custeio de medicamentos, sem prejuízo de outros auxílios dispensados pela Secretaria de Saúde através da Farmácia Básica Municipal.

Art. 2º - A solicitação de Auxílio medicamento (ANEXO I) deverá ser protocolizada no Protocolo Geral da Prefeitura, pelo próprio beneficiário ou requerente, apresentado:

- I – Laudo médico original e cópia simples do mesmo, contendo CID da doença e nome do medicamento a ser utilizado;
- II – Prescrição médica (receita) original e cópia simples;
- III – Inscrição no CPF e cópia de documento com foto do requerente;
- IV – Inscrição no CPF e cópia de documento com foto do beneficiário (quando o requerente não for o beneficiário), ou se menor, certidão de nascimento;
- V – Comprovante de residência recente do beneficiário.

§ 1º - O requerente deverá se dirigir primeiramente ao Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde para orientação, verificação da documentação e encaminhamento ao protocolo.



§ 2º - Concluído o protocolo, o processo será encaminhado à Secretaria de Saúde.

§ 3º - Caso o beneficiário não possua comprovante de residência, este domicílio deverá ser atestado no Relatório Social.

§ 4º - Caso o requerente seja uma instituição, os itens da alínea III serão substituídos pelo encaminhamento Institucional.

Art. 3º - Uma vez recebido pela Secretaria Municipal de Saúde, o processo é encaminhado ao Serviço Social para realização de visita técnica domiciliar obrigatória e elaboração de Relatório Social com parecer.

Art. 4º - Os medicamentos deverão ser adquiridos pela prefeitura observando a forma da Lei.

Parágrafo Único – O recebimento dos medicamentos adquiridos será realizado pelo setor de Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde, podendo esta solicitar parecer de farmacêutico/a do quadro de funcionários para sanar dúvidas.

Art. 5º - A dispensação dos medicamentos será efetuada pelo serviço social da Secretaria Municipal de Saúde para acompanhamento da situação dos beneficiários, mediante termo de dispensação.

§ 1º - O setor de Serviço Social poderá encaminhar os medicamentos e o termo de dispensação para as Estratégias de Saúde da Família (Unidades Básicas de Saúde), sob a responsabilidade da equipe de enfermagem.

§ 2º - O comprovante de recebimento deverá ser anexado no processo de origem.

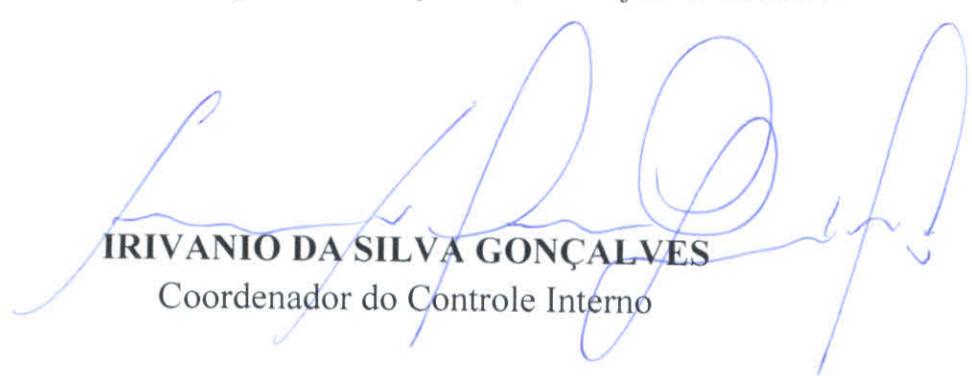
Art.6º - Nos casos de tratamento contínuo, poderá ser apensada ao processo existente nova solicitação, desde que haja novo laudo e nova receita e sejam seguidos os mesmos procedimentos previstos na presente instrução.

§ 1º - Nestes casos estes documentos deverão ser anexados no processo de origem.



Art. 7º - Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

Prefeitura Municipal de Macaparana, 14 de junho de 2017.



IRIVANIO DA SILVA GONÇALVES
Coordenador do Controle Interno

De Acordo:



MAVIAEL FRANCISCO DE MORAES CAVALCANTI
Prefeito Municipal

Publicação:

Certifico para os devidos fins, nos termos do Art.97, inciso I, letra b da Constituição Estadual em vigor, que a presente Instrução Normativa foi publicada no quadro de aviso da Prefeitura em ___/___/___

ANEXO I
FORMULARIO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

ABERTURA DE PROCESSO

Requerente: _____ Tel.() _____

Beneficiário: _____

Endereço: _____

Ponto de Referencia: _____

Tipo de Auxilio: Auxilio Medicamento

Macaparana, PE ____/____/____

Assistente Social



ANEXO II
 FORMULÁRIO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

TERMO DE DISPENSAÇÃO

A Prefeitura Municipal de Macaparana, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, dispensará medicamentos para tratamento durante _____ meses para o(a) Sr.(a) _____ residente em Macaparana, telefone () _____, conforme solicitado em processo de auxílio medicamento nº _____ com data inicial em ____/____/____.

DATA DA ENTREGA	QUANTIDADE	MEDICAMENTO	RESPONSÁVEL PELA RETIRADA (assinatura e nº. documento)

Medicamentos fornecidos pela Empresa _____

CNPJ _____

Valor R\$ _____ (_____)

 Assistente Social Responsável

