

Prefeitura Municipal de Campo Florido - MG
Esta Portaria foi afixada de <u>31/07/25</u> a <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> <i>Assinatura do responsável</i>



PORTARIA Nº 170, DE 31 DE JULHO DE 2025.

“Dispõe sobre as normas e procedimentos para obtenção de fórmulas nutricionais, medicamentos e fraldas geriátricas junto ao Município de Campo Florido, em caráter excepcional.”

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO FLORIDO, Estado de Minas Gerais, Sr. Giovanni de Paulo Ferreira, no uso das atribuições legais que lhe são conferidas, nos termos do artigo 76, inciso I, da Lei Orgânica Municipal; do artigo 9º, inciso II, da Lei Municipal nº 1.097, de 08 de abril de 2009; e, em especial, do artigo 1º, inciso III, e do artigo 2º, inciso I, alínea “d”, do Decreto Municipal nº 092/2021,

RESOLVE:

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Seção I Do Objeto

Art. 1º O usuário poderá requerer fórmulas nutricionais, medicamentos e/ou fraldas geriátricas, administrativamente, de acordo com as normas e procedimentos especificados na presente Portaria.

I - poderão requerer Fórmulas Nutricionais Enterais pacientes pediátricos, adultos, idosos, que utilizam outra via alimentar (sonda ou ostomias) ou pacientes que comprovadamente apresentam redução na ingestão oral (ingestão oral inferior a 60% das necessidades diárias nutricionais);

II - poderão requerer Fórmulas Nutricionais para Portadores de Alergia à proteína do Leite de Vaca pacientes pediátricos com idade a partir de 0 meses e, na hipótese de deferimento do processo administrativo, o fornecimento e a renovação ficarão condicionados ao limite máximo de 24 meses de idade.

§ 1º Somente será fornecida mediante o processo administrativo, dieta enteral de formulação polimérica padrão.

§ 2º A quantidade máxima de dieta enteral polimérica padrão a ser fornecida será para suprir até 70% do Valor Energético Total do Paciente.

§ 3º Somente poderá ser deferido o fornecimento dos medicamentos constantes da listagem do



Componente Básico da Assistência Farmacêutica do Município de Campo Florido, e que, por suas peculiaridades ou pelos valores despendidos, a Administração entenda imprescindível sua formalização através de processo administrativo próprio.

§ 4º Somente poderá ser deferido o fornecimento de fraldas geriátricas quando a sua necessidade for vinculada a uma patologia, devidamente atestada em relatório médico, com o quantitativo máximo de 03 (três) fraldas diárias, totalizando 90 (noventa) fraldas mensais.

Seção II

Do Processo Administrativo e seus Requisitos para Autorização

Art. 2º A solicitação de fórmulas nutricionais, medicamentos e/ou fraldas geriátricas se dará mediante Requerimento formal, baseada nas necessidades clínicas e epidemiológicas, devidamente fundamentada pelo profissional competente, exclusivamente para:

I - pacientes residentes na cidade de Campo Florido, em tratamento de doença crônica, em caráter ambulatorial;

II - solicitações de fórmulas nutricionais e medicamentos pela Denominação Comum Brasileira ou pelo Princípio Ativo e com registro na ANVISA, com autorização e comercialização no país;

III - pacientes provenientes de Instituições de Saúde credenciadas pelo SUS;

IV - pacientes de baixa renda, que comprovadamente não possuam recursos financeiros para custear a aquisição dos mesmos, integral ou parcialmente;

V - pacientes obrigatoriamente inseridos no Cadastro Único (CadÚnico) para Programas Sociais do Governo Federal, conforme o Decreto Federal nº. 6135, de 26 de junho de 2007, exceto para aposentados e pensionistas.

Parágrafo único. A comprovação da real impossibilidade da aquisição de fórmulas nutricionais, medicamento e/ou fralda geriátrica será realizada por meio de parecer social e avaliação *in loco*, bem como por coleta de informações e documentos suficientes para comprovação da incapacidade financeira de aquisição do objeto de pleito.

Seção III

Da Formalização do Requerimento

Art. 3º A formalização do processo administrativo para fornecimento de fórmulas nutricionais, medicamentos e/ou fraldas geriátricas se dará mediante protocolização de Requerimento próprio, devidamente preenchido pelo profissional responsável pela prescrição e acompanhamento do paciente, com assinatura do médico requerente, exclusivamente no setor de serviço social da Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo único. O Requerimento de solicitação de fórmulas nutricionais, medicamentos e/ou fraldas geriátricas será disponibilizado ao requerente no setor de serviço social da Secretaria Municipal de Saúde, localizada na Rua Antônio Ferreira da Silva nº 284 – Tércio Wanderley – CEP: 38130-000, mediante apresentação de relatório e receita médica.



Art. 4º O Requerimento para fornecimento de fórmulas nutricionais, medicamentos e/ou fraldas geriátricas, de que trata o artigo anterior deverá ser acompanhado dos documentos abaixo relacionados:

I - receita de fórmulas nutricionais, medicamentos e/ou fraldas geriátricas, preenchida de forma completa e legível, no receituário institucional, contendo:

- a) nome completo do paciente;
- b) nome genérico sem códigos ou abreviaturas;
- c) via de administração, posologia, quantidade e duração total do tratamento;
- d) nome do profissional e seu número de inscrição no respectivo Conselho Regional do Estado de Minas Gerais;
- e) data, assinatura e carimbo com o número do Conselho Regional de Medicina – CRM do (a) médico (a) solicitante;
- f) endereço completo do local de trabalho do profissional (Instituição de saúde - hospital ou ambulatório).

II - relatório médico do SUS original, expedido no município de Campo Florido, atualizado (menos de 30 dias) com letra legível e sem rasuras, constando:

- a) patologia e seu início;
- b) nome genérico das fórmulas nutricionais e/ou medicamentos;
- c) posologia;
- d) CID 10 (código e subcategoria);
- e) data, assinatura e carimbo constando o número do CRM do (a) médico (a) solicitante.

III - cópias de documentos pessoais do interessado:

- a) cadastro de Pessoas Físicas (CPF);
- b) registro Geral (RG);
- c) comprovante de residência atual no nome do (a) requerente (conta mensal de água, energia elétrica ou telefone/internet). Caso não seja em seu nome, apresentar documento complementar;
- d) se o paciente for menor de 18 anos, anexar cópia da Certidão de Nascimento;
- e) cartão SUS ou outro instrumento de regulação instituído pelo Município;



f) protocolo de inclusão no Cadastro Único (CADÚNICO) – atualizado no município de Campo Florido.

IV - comprovante de renda familiar (de todos os residentes no mesmo domicílio), nos moldes da Lei Federal nº. 8.742/93, não sendo aceitos extratos bancários, da forma abaixo disposta:

- a) empregados: holerites atuais (últimos dois meses);
- b) desempregados: carteira de trabalho (cópia das páginas com identificação e qualificação civil, bem como do último registro de emprego e a imediatamente posterior);
- c) aposentados, pensionistas ou beneficiários do Amparo Social – Benefício de Prestação Continuada (BPC): comprovante de pagamento do INSS (deve constar número e valor do benefício e domicílio bancário), podendo ser retirado na internet;
- d) autônomos/ atividades informais: carnê do INSS ou ISS ou declaração de imposto de renda.

Parágrafo único. O receituário e relatório médicos deverão ser subscritos pelo mesmo profissional e terão validade de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de sua prescrição.

CAPÍTULO II DA TRAMITAÇÃO DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS

Seção I Da Junta de Avaliação e Análise de Processos Administrativos

Art. 5º Todos os Requerimentos de fórmulas nutricionais, medicamentos e/ou fraldas geriátricas serão tramitados no setor de serviço social da Secretaria Municipal de Saúde, competindo os atos decisórios à Junta de Avaliação e Análise de Processos Administrativos, composta por 05 (cinco) membros, sendo um Presidente da Junta, preferencialmente com formação em direito, e mais 04 (quatro) membros técnicos das seguintes áreas:

- a) 01 (um) assistente social;
- b) 01 (um) farmacêutico;
- c) 01 (um) médico;
- d) 01 (um) nutricionista.

Parágrafo único. A Junta de Avaliação terá 90 (noventa) dias para realizar a análise do Requerimento e encaminhar o processo administrativo, com parecer conclusivo, para setor de serviço social da Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 6º Compete ao setor de serviço social da Secretaria Municipal de Saúde a realização de todos os atos de mero expediente, incluindo a autuação, instrução, notificações e tramitação no Município de Campo Florido.



Seção II Da Análise pela Junta de Avaliação

Art. 7º O processo administrativo, devidamente autuado, será encaminhado à Junta de Avaliação, através do setor serviço social da Secretaria Municipal de Saúde, sendo submetido a parecer técnico do(s) membro(s) da Junta referente(s) ao objeto do Requerimento, na forma deste artigo:

I – parecer técnico do (a) Nutricionista, nos casos de fórmulas nutricionais;

II – parecer técnico do (a) Farmacêutico (a), subscrito pelo farmacêutico da Junta, nos casos de medicamentos e fraldas geriátricas;

III – parecer técnico do (a) Médico (a), quando se tratar de fornecimento de fórmulas nutricionais, fraldas geriátricas ou medicamentos;

§ 1º Após a elaboração do(s) parecer(es) técnico(s), o processo administrativo será encaminhado para a análise do(a) Assistente Social e elaboração de parecer social, conforme o parágrafo único do art. 2º desta Portaria.

§ 2º Ao final, o processo será remetido ao Presidente que decidirá acerca do fornecimento total ou parcial do Requerimento, embasado nos pareceres emitidos pelos membros da Junta de Avaliação.

Art. 8º Caso a Junta de Avaliação entenda não possuir elementos suficientes para a análise do caso concreto ou detectando a ausência de algum dos documentos ou informações essenciais, bem como a necessidade de realização de exames complementares, poderá indeferir, até solução de pendências, o processo administrativo, notificando-se o Requerente para tomar as providências indicadas no prazo de até 30 (trinta) dias, da forma prevista no art. 10 desta Portaria.

Art. 9º A Junta de Avaliação poderá, diante das peculiaridades do caso, efetuar o deferimento integral ou parcial da quantidade requerida, devendo indeferi-lo nos casos não previstos nesta Portaria, bem como no transcurso do prazo previsto no artigo anterior, sem manifestação do requerente.

Seção III Da Comunicação do Resultado

Art. 10. As comunicações das decisões da Junta de Avaliação ocorrerão por meio de correspondência ou telefonema ao paciente.

Art. 11. O requerente deverá manter sempre atualizado seus dados cadastrais (telefone, endereço) junto ao setor de serviço social da Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo único. Na impossibilidade de notificar o resultado ao requerente, em pelo menos duas tentativas, será acostada aos autos Nota Explicativa, devendo o processo ser arquivado em seguida.



Seção IV Do Deferimento do Pedido

Art. 12. No caso de comunicação do deferimento do pedido, de forma integral ou parcial, será indicado ao requerente o local e a data para retirada dos itens solicitados.

Parágrafo único. Para retirar a Fórmula Nutricional, medicamentos e/ou fralda geriátrica deverão ser apresentados os seguintes documentos:

I - documentos pessoais e de representação:

- a) pelo paciente: cópia da identidade e da receita médica com data atualizada;
- b) por procuradores (pai, mãe, filho (a), irmão (ã), advogado, terceiro (s)): cópia da identidade do procurador, procuração registrada em cartório, cópia da identidade do autor/ impetrante/ favorecido e receita médica com data atualizada;

II - receita médica atualizada, com as seguintes validades:

- a) fórmulas Nutricionais e medicamentos: até 30 (trinta) da emissão;
- b) fraldas geriátricas: até 03 (três) meses da emissão;

Seção V Do Indeferimento do Pedido e Recurso Administrativo

Art. 13. No caso de indeferimento ou deferimento parcial, o requerente será notificado, por correspondência ou telefonema, para que compareça ao setor de serviço social da Secretaria Municipal de Saúde para tomar ciência do resultado, saindo intimado para, tendo interesse, recorrer da decisão, mediante Recurso Administrativo, em até 05 (cinco) dias úteis.

Parágrafo único. Protocolado o recurso administrativo no setor de serviço social da Secretaria Municipal de Saúde, o processo administrativo será encaminhado ao Presidente da Junta que, no prazo de 05 (cinco) dias úteis poderá retratar ou remeter o processo para decisão do Prefeito Municipal, no mesmo prazo.

Seção VI Da Renovação do Fornecimento

Art. 14. Após o deferimento do processo deverá ser feita renovação a cada:

- a) 180 (cento e oitenta) dias para fórmula nutricional para portadores de alergia à proteína do leite de vaca;
- b) 12 (doze) meses para medicamentos, fraldas geriátricas e fórmula nutricional enteral;

Art. 15. A renovação do fornecimento, a ser promovida pelo Requerente até o vencimento do prazo inicialmente deferido, ficará condicionada à protocolização de Requerimento,



acompanhado de receita médica e de relatório médico atualizados, no setor de serviço social da Secretaria Municipal de Saúde, que efetuará a autuação dos mesmos no processo principal e o encaminhará para deliberação da Junta de Avaliação e Análise de Processos Administrativos.

§ 1º A renovação ficará condicionada à visita técnica à residência do requerente pelo (a) assistente social para verificação da hipossuficiência financeira e pelo (a) nutricionista para verificação da necessidade e continuação do uso da dieta, se for o caso. Fica dispensada a avaliação social quando o objeto de pleito for medicamentos.

§ 2º Sendo realizado o protocolo do pedido de renovação dentro do prazo estipulado no “caput” deste artigo, será mantido o fornecimento da fórmula nutricional, medicamentos e/ou fraldas geriátricas, até o parecer final da Junta de Avaliação.

§ 3º Caso o protocolo do pedido de renovação ocorra após o vencimento do prazo previsto no “caput” deste artigo, sem justificativa plausível, o fornecimento ficará suspenso até parecer final da Junta de Avaliação.

Seção VII Da Suspensão e do Abandono do Tratamento

Art. 16. Caso ocorra a suspensão do tratamento, o requerente deverá apresentar relatório médico com o motivo da suspensão, ao setor de serviço social da Secretaria Municipal de Saúde, em até 30 (trinta) dias a contar da suspensão.

Art. 17. Será configurado interrupção ou abandono de tratamento, ensejando o arquivamento de ofício, quando o paciente, responsável ou representante legal não comparecer ao setor de serviço social da Secretaria Municipal de Saúde para a retirada das fórmulas nutricionais, medicamentos e/ou fraldas geriátricas por 03 (três) meses consecutivos, sem justificção.

Art. 18. Nos casos de conclusão do tratamento ou óbito deverá o responsável ou familiar comunicar o fato imediatamente ao setor de serviço social da Secretaria Municipal de Saúde.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19. Todos os questionamentos, protocolo de recursos e retirada da fórmula nutricional, medicamentos ou fraldas geriátricas ocorrerão de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 16:00 horas, no setor de serviço social da Secretaria Municipal de Saúde, localizada na rua Antônio Ferreira da Silva nº 284 – Tércio Wanderley.

Art. 20. Não será permitida, sob hipótese alguma, a comercialização ou doação das fórmulas nutricionais, medicamentos e/ou fraldas geriátricas fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, sob pena de incorrer nas penalidades legais cabíveis, uma vez que, os produtos dispensados são de uso exclusivo do paciente.

Art. 21. Os Processos Administrativos já deferidos pela Junta de Avaliação e Análise de Processos Administrativos permanecem inalterados, aplicando-se as determinações da presente Portaria no momento da sua renovação.



Art. 22. Fica expressamente revogada a Portaria DMS nº 01, de 23 de junho de 2021, bem como as demais disposições em contrário, entrando esta Portaria em vigor na data de sua publicação.

PUBLIQUE-SE. REGISTRE-SE. CUMPRA-SE.

Prefeitura Municipal de Campo Florido, Estado de Minas Gerais
86º ano de Emancipação e 29º Gestão Municipal
31 de julho de 2025

assinado eletronicamente

GIOVANNI DE PAULO FERREIRA
Secretário Municipal de Saúde



ANEXO I

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Junta de Avaliação e Análise de Processos Administrativos para fornecimento de FÓRMULA NUTRICIONAL, MEDICAMENTOS E FRALDAS

REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA NUTRICIONAL, MEDICAMENTOS E FRALDAS

1- NOME PACIENTE: _____
2- CPF: _____ 3- RG: _____
4- Telefone: () _____ Celular: () _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA ENTREGA DO FORMULÁRIO

5- _____
6- Matrícula: _____
7- Data: _____ 8- Telefone para contato: _____

ESTOU CIENTE QUE ESTE PROCESSO FOI CADASTRADO NO PROGRAMA DE INSUMOS DE DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL DO MUNICÍPIO E QUE SERÁ ANALISADO PELA EQUIPE DE ANALISTAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO FLORIDO, PODENDO SER DEFERIDO OU INDEFERIDO DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS PRÉ-ESTABELECIDOS E PELAS PORTARIAS E DELIBERAÇÕES MUNICIPAIS, ESTADUAIS E FEDERAIS QUE REGULAM OS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

9- _____

**ASSINATURA DO (A) PACIENTE OU RESPONSÁVEL
(NÃO RUBRICAR)**

10- Local: _____ 11- Data: _____

Ao juntar toda documentação dirigir-se ao Setor Social da Secretaria Municipal de Saúde.



ANEXO II

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Junta de Avaliação e Análise de Processos Administrativos para fornecimento de FÓRMULA NUTRICIONAL, MEDICAMENTOS E FRALDAS

Nome do (a) Paciente: _____ N° Processo: _____

ORIENTAÇÕES PARA REQUERIMENTO DE FÓRMULA NUTRICIONAL E FRALDAS

- 1- Receita Médica do SUS da fórmula nutricional, atualizada (menos de 30 dias) e preenchida de forma completa e legível, contendo:
 - a) nome completo do paciente;
 - b) nome genérico sem códigos ou abreviaturas; (PRESCRIÇÕES COM NOMES COMERCIAIS NÃO SERÃO ACEITAS);
 - c) posologia, quantidade e duração total do tratamento;
 - d) nome do profissional e seu número de inscrição no respectivo Conselho Regional do Estado de Minas Gerais;
 - e) data, assinatura e carimbo com o número do Conselho Regional de Medicina – CRM do (a) médico (a) solicitante;
 - f) endereço completo do local de trabalho do profissional (Instituição de saúde - hospital ou ambulatório).
- 2- Relatório Médico do SUS, atualizado (menos de 30 dias) com letra legível e sem rasuras, constando:
 - a) patologia e seu início;
 - b) nome genérico da fórmula nutricional;
 - c) posologia;
 - d) CID 10 (código e subcategoria);
 - e) data, assinatura e carimbo constando o número do CRM do (a) médico (a) solicitante.
- 3- Receita Médica do SUS do medicamento, atualizada (menos de 30 dias) e preenchida de forma completa e legível, contendo:
 - a) nome completo do paciente;



- b) nome genérico sem códigos ou abreviaturas; (PRESCRIÇÕES COM NOMES COMERCIAIS NÃO SERÃO ACEITAS);
 - c) posologia, quantidade e duração total do tratamento;
 - d) nome do profissional e seu número de inscrição no respectivo Conselho Regional do Estado de Minas Gerais;
 - e) data, assinatura e carimbo com o número do Conselho Regional de Medicina – CRMdo (a) médico (a) solicitante;
 - f) endereço completo do local de trabalho do profissional (Instituição de saúde - hospital ou ambulatório).
- 4- Relatório Médico do SUS, atualizado (menos de 30 dias) com letra legível e sem rasuras, constando:
- a) patologia e seu início;
 - b) nome genérico da fórmula do medicamento;
 - c) posologia;
 - d) CID 10 (código e subcategoria);
 - e) data, assinatura e carimbo constando o número do CRM do (a) médico (a) solicitante.
- 5- Receita Médica do SUS da fralda geriátrica, atualizada (menos de 30 dias) e preenchida de forma completa e legível:
- a) nome completo do paciente;
 - b) tamanho da Fralda Geriátrica (P, M, G ou EG);
 - c) posologia /quantidade mensal;
 - d) data;
 - e) assinatura e carimbo do CRM do(a) médico(a) solicitante;
 - f) endereço completo do local de trabalho do profissional (Instituição de saúde – hospital ou ambulatório).
- 6- Relatório Médico do SUS, atualizado (menos de 30 dias) com letra legível e sem rasuras, constando:
- a) patologia com seu início;
 - b) data;
 - c) CID 10 (código e subcategoria);
 - d) assinatura e carimbo do CRM do (a) médico (a) solicitante;



- 7- Cópias de documentos pessoais (requerente e responsável): RG, CPF, e cartão SUS. Comprovante de residência do paciente/requerente (conta mensal de água, energia elétrica ou telefone). Caso não seja em seu nome, apresentar documento complementar.
- 8- Se houver necessidade de inclusão de mais de um responsável: apresentar PROCURAÇÃO + cópia do RG, CPF e Título de Eleitor dos demais responsáveis;
- 9- Se o Paciente for MENOR (0 a 14 anos): apresentar cópias do RG, CPF e certidão de nascimento;
- 10- Cópia do Protocolo de Inscrição no Cadastro Único para programas sociais(CADÚNICO).
 - a) o Cadastro Único é realizado nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), no município de Campo Florido, e deve estar atualizado mediante critérios próprios de avaliação.
- 11- Todos os anexos devem ser preenchidos na totalidade.
- 12- Comprovante de renda familiar (de todos os residentes no mesmo domicílio), nos moldes da Lei Federal nº. 8.742/93, não sendo aceitos extratos bancários, da forma abaixo disposta:
 - a) empregados: holerites atuais (últimos dois meses);
 - b) desempregados: carteira de trabalho (cópia das páginas com identificação e qualificação civil, bem como do último registro de emprego e a imediatamente posterior);
 - c) aposentados, pensionistas ou beneficiários do Amparo Social – Benefício de Prestação Continuada (BPC): comprovante de pagamento do INSS (deve constar número e valor do benefício e domicílio bancário), podendo ser retirado na internet; ou Demonstrativo de Crédito de Benefício (DCB), podendo ser retirado no caixa eletrônico;
 - d) autônomos/ atividades informais: carnê do INSS ou ISS ou declaração de imposto de renda

OBSERVAÇÕES:

- A solicitação de Fórmulas Nutricionais, medicamentos e Fraldas devem ser baseada na real necessidade clínica.
- É necessária a comprovação da real impossibilidade da aquisição do Fórmulas Nutricionais, medicamentos e Fraldas por incapacidade financeira, não tendo condições de adquirir com recursos próprios o tratamento prescrito. Será realizada a visita da assistente social na residência do usuário, para verificação da hipossuficiência familiar.

Campo Florido, ____ de ____ 20 ____.

ASSINATURA DO (A) PACIENTE OU RESPONSÁVEL

(NÃO RUBRICAR)



CRITÉRIOS: O USUÁRIO DEVE LER TODOS E ASSINAR

- 1- Poderão requerer Fórmulas Nutricionais Enterais pacientes pediátricos, adultos, idosos e, que utilizam outra via alimentar (sonda ou ostomias) ou pacientes que comprovadamente apresentam redução na ingestão oral (ingestão oral inferior a 60% das necessidades diárias nutricionais).
 - 2- Poderão requerer Fórmulas Nutricionais para Portadores de Alergia à proteína do Leite de Vaca pacientes pediátricos com idade a partir de 0 meses e, na hipótese de deferimento do processo administrativo, o fornecimento e a renovação ficarão condicionados ao limite máximo de 24 meses de idade.
 - 3- Somente será fornecida mediante o processo administrativo - Dieta Enteral de Formulação Polimérica Padrão.
 - 4- A quantidade máxima de Dieta Enteral Polimérica Padrão a ser fornecida será para suprir até 70% do Valor Energético Total do Paciente.
 - 5- Somente poderá ser deferido o fornecimento de fraldas geriátricas quando a sua necessidade for vinculada a uma patologia, devidamente atestada em relatório médico, com o quantitativo máximo de 03 (três) fraldas diárias, totalizando 90 (noventa) fraldas mensais.
 - 6- A solicitação de fórmulas nutricionais se dará mediante Requerimento formal, baseada nas necessidades clínicas e epidemiológicas, devidamente fundamentada pelo profissional competente, exclusivamente para:
 - I - pacientes residentes na cidade de Campo Florido, em tratamento de doença crônica, em caráter ambulatorial;
 - II - solicitações de fórmulas nutricionais pela Denominação Comum Brasileira ou pelo Princípio Ativo e com registro na ANVISA, com autorização e comercialização no país;
 - III - pacientes provenientes de Instituições de Saúde credenciadas pelo SUS;
 - IV - pacientes obrigatoriamente inseridos no Cadastro Único (CadÚnico) para Programas Sociais do Governo Federal, conforme o Decreto Federal nº. 6135, de 26 de junho de 2007, exceto para aposentados e pensionistas.
- Parágrafo único. A comprovação da real impossibilidade da aquisição de fórmulas nutricionais, medicamento e/ou fralda geriátrica será realizada por meio de parecer social e avaliação in loco, bem como por coleta de informações e documentos suficientes para comprovação da incapacidade financeira de aquisição do objeto de pleito.
- 7- Todos os Requerimentos de fórmulas nutricionais, medicamentos e/ou fraldas geriátricas serão tramitados no setor social da Secretaria Municipal de Saúde, competindo os atos decisórios à Junta de Avaliação e Análise de Processos Administrativos, composta por 05 (cinco) membros, sendo um Presidente da Junta, preferencialmente com formação em direito, e mais 04 (quatro) membros técnicos das seguintes áreas:



a) 01 (um) assistente social; b) 01 (um) farmacêutico ; c) 01 (um) médico; d) 01 (um) nutricionista.

8- A Junta de Avaliação terá 90 (noventa) dias para realizar a análise do Requerimento e encaminhar o processo administrativo, com parecer conclusivo, para o Secretário Municipal de Saúde.

9- As comunicações das decisões da Junta de Avaliação ocorrerão por meio de correspondência ou telefonema ao paciente. O requerente deverá manter sempre atualizado seus dados cadastrais (telefone, endereço) junto ao setor social da Secretaria Municipal de Saúde.

10- Na impossibilidade de notificar o resultado ao requerente, em pelo menos duas tentativas, será acostada Nota Explicativa aos autos, devendo o processo ser arquivado em seguida.

11- No caso de comunicação do deferimento do pedido, de forma integral ou parcial, será indicado ao requerente o local e a data para retirada dos itens solicitados.

12- Para retirar fórmulas nutricionais, medicamentos e/ou fralda geriátrica deverão ser apresentados os seguintes documentos:

I - documentos pessoais e de representação:

a) pelo paciente: cópia da identidade e da receita médica com data atualizada;

b) Por procuradores (pai, mãe, filho (a), irmão (ã), advogado, terceiros): cópia da Identidade do procurador, procuração registrada em cartório, cópia da identidade do autor/impetrante/favorecido e receita médica com data atualizada;

II - receita médica atualizada, com até 30 (trinta) dias da emissão;

13 - Após o deferimento do processo, o requerente deverá solicitar renovação a cada 180 (cento e oitenta) dias para Fórmulas Nutricionais e 12 (doze) meses para Fraldas Geriátricas e medicamentos.

14 - A renovação do fornecimento, a ser promovida pelo requerente, ficará condicionada à protocolização de Requerimento, acompanhado de receita médica e de relatório médico atualizados, no setor social da Secretaria Municipal de Saúde que efetuará a autuação dos mesmos no processo principal e o encaminhará para deliberação da Junta de Avaliação e Análise de Processos Administrativos.

15 - A renovação ficará condicionada à visita técnica à residência do requerente pelo(a) assistente social para verificação da hipossuficiência financeira e pelo(a) nutricionista para verificação da necessidade e continuação do uso da dieta, se for o caso.

16 - Será configurado interrupção ou abandono de tratamento, ensejando o arquivamento de ofício, quando o paciente, responsável ou representante legal não comparecer ao setor de serviço social da Secretaria Municipal de Saúde para a retirada das fórmulas nutricionais, medicamentos e/ou fraldas geriátricas por 03 (três) meses consecutivos, sem justificção.



17 - Nos casos de conclusão do tratamento ou óbito deverá o responsável ou familiar comunicar o fato imediatamente ao setor social da Secretaria Municipal de Saúde.

OBSERVAÇÃO:

Não será permitida, sob hipótese alguma, a comercialização ou doação das Fórmulas Nutricionais, medicamentos ou Fraldas Geriátricas, sob pena de incorrer nas penalidades legais cabíveis, uma vez que, os produtos dispensados são de uso exclusivo do paciente.

Campo Florido, _____ de _____ 20____.

Assinatura do Requerente



ANEXO III

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Junta de Avaliação e Análise de Processos Administrativos para fornecimento de FÓRMULA NUTRICIONAL E FRALDAS

LAUDO MÉDICO P/ SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA NUTRICIONAL, MEDICAMENTOS E FRALDAS
(Preencher os campos com letra legível e sem rasuras. Não utilizar siglas e abreviaturas)

1- NOME PACIENTE: _____ 2- Idade: _____
3- Peso: _____ 4- Altura: _____ 5- Cartão SUS: _____
6- Endereço: _____ 7- Bairro: _____
8- Cidade: _____ 9- Estado: _____ 10- Título Eleitor: _____
11- CPF: _____ 12- RG: _____ 13- Estado Civil: _____
14- Telefone: () _____ 15- Celular: () _____
16- Data de Nascimento: _____ 17- Profissão: _____
18- Procedência: _____ 19- Tempo de residência no Município: _____

20- NOME COMPLETO DO MÉDICO: _____
21- CRM MG nº: _____
22- Nome da Unidade de Saúde Atendente: _____ 23- CNES: _____
24- Cartão SUS(médico): _____ 25- Telefone(s): () _____

DEFINIR:

26 – Tempo de duração do tratamento:
27 – Data da primeira avaliação médica:
28 – Declarar datas das futuras avaliações:
29 – CID Primário Completo com CÓDIGO E SUBCATEGORIA:
30 – Informar se o medicamento poderá ser trocado ou alterado após algum período de uso:

31 – ANAMNESE E EXAME FÍSICO ESPECIAL:

32- Assinatura e Carimbo do (a) Médico (a) Solicitante:

33- CAMPO FLORIDO, _____/_____/20____.



ANEXO IV

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Junta de Avaliação e Análise de Processos Administrativos para fornecimento de FÓRMULA NUTRICIONAL, MEDICAMENTOS E FRALDAS

Nome do (a) Paciente: _____ N° Processo: _____

SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA NUTRICIONAL, MEDICAMENTO E FRALDAS(MESMOS DA RECEITA MÉDICA

(Preencher claramente com letra legível e sem rasuras as 03 colunas)

NUTRIENTE/MEDICAMENTO / FRALDA	QTDE. POR MÊS	CID COMPLETO:

DATA: __/__/____ CPF DO (A) MÉDICO (A): _____

ASSINATURA E CARIMBO DO (A) MÉDICO (A)



ANEXO V

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Junta de Avaliação e Análise de Processos Administrativos para fornecimento de FÓRMULA NUTRICIONAL, MEDICAMENTOS E FRALDAS

(Preencher claramente todas as questões com letra legível e sem rasuras, não utilizar siglas e abreviaturas)

Nome do (a) Paciente: _____ **Nº Processo:** _____

SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA NUTRICIONAL, MEDICAMENTO E FRALDAS (MESMOS DA RECEITA MÉDICA)

1- Qual a hipótese diagnóstica do paciente?

2- Quais outras prescrições foram utilizados anteriormente para o tratamento da patologia? Durante que período?

3- Quais os motivos que ensejaram a prescrição dos(s) em questão (efeitos colaterais ou ineficácia da prescrição anterior, ausência de outra prescrição para a patologia em questão, etc...)?

4- Existe a possibilidade de substituição da prescrição indicado(s) por outro(s)?

Sim () Quais são?

Não () Justificativa técnica.



5- Quais os possíveis riscos a que estará sujeito o paciente, caso não faça uso(s) itens prescritos .

6- Por quanto tempo a referida prescrição?

Data: ____/____/____.

Carimbo e Assinatura do (a) Médico (a)



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 7BCF-0320-1941-0B16

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



GIOVANNI DE PAULO FERREIRA (CPF 012.XXX.XXX-50) em 31/07/2025 13:48:28 GMT-03:00

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://campoflorido.1doc.com.br/verificacao/7BCF-0320-1941-0B16>