



Prefeitura Municipal de Alegre

Estado do Espírito Santo

Secretaria Municipal de Administração

DECRETO Nº 10.560/2017

Institui requisitos para solicitação e dispensação de medicamentos e fornecimento de exames na rede pública Municipal de Saúde, e dá outras providências.

O Prefeito Municipal de Alegre, Estado do Espírito Santo, no uso das atribuições que o cargo lhe confere,

Considerando a necessidade de regulamentar e instruir os servidores e munícipes quanto à postura a ser adotada no que concerne a dispensação de medicamentos no âmbito do Município de Alegre

Considerando que até o momento não existe tal normatização, o que vem gerando alto número de demandas judiciais em face do Município, o que pode ser reduzido em se adotando firme postura no sentido de ver atendidos os anseios da sociedade administrativamente, nos limites do que determina a Lei.

DECRETA:

Art. 1º - Fica instituído o formulário de requerimento anexo para abertura inicial de solicitação de medicamentos e exames no âmbito do Município de Alegre, devendo ser preenchido de maneira legível pelo interessado e protocolado na Farmácia Básica Municipal ou na Assistência Médica de Agendamento, responsáveis pelo primeiro atendimento.

Art. 2º - É indispensável à apresentação da cópia dos seguintes documentos, a serem anexados ao pedido:

- I - Documento pessoal com foto;
- II - Comprovante de residência do interessado e/ou seu representante legal.
- III - Laudo médico recente, comprovando a efetiva necessidade.
- IV - Receita médica atualizada.

Parágrafo único – Sendo deferidos os medicamentos, a receita médica deverá ser atualizada em cada dispensação, sob pena de interrupção do fornecimento.

Art. 3º - Após o Requerimento, o interessado deverá ser instruído a respeito do tempo necessário para obtenção de providência (manifestação pelo deferimento ou indeferimento) pelo Município, que não excederá a 10 (dez) dias.



Prefeitura Municipal de Alegre

Estado do Espírito Santo

Secretaria Municipal de Administração

Art. 4º - No ato da solicitação, a segunda página do formulário será preenchida pelo Servidor e entregue ao interessado.

Art. 5º - A Farmácia Básica Municipal e a Assistência Médica de Agendamento possuirão cadastro de todas as solicitações e respectivas providências.

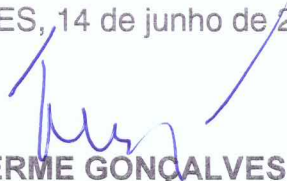
Art. 6º - Em caso de medicamentos constantes do REMUME, com disponibilidade em estoque, preenchida todos os requisitos do artigo 2º a entrega poderá ser feita imediatamente, mediante recibo.

Parágrafo único – Em todas as entregas de medicamentos o paciente deverá assinar o recibo.

Art. 7º - A guarda e conservação de todos os documentos e recibos ficam a cargo da Farmácia Básica Municipal e da Assistência Médica de Agendamento.

Art. 8º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação. Revogam - se as disposições em contrário.

Alegre - ES, 14 de junho de 2017.


JOSÉ GUILHERME GONÇALVES AGUILAR
Prefeito Municipal


LUIS GUILHERME DUTRA AGUILAR
Secretário Municipal de Administração



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALEGRE – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
CEP: 29.500-000 – ALEGRE – ESPÍRITO SANTO

FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO

DADOS DO INTERESSADO:

Nome:

CPF:

Endereço:

Telefone:

(obrigatória apresentação de cópia do documento pessoal e comprovante de residência).

REQUERIMENTO

☐ Medicamento

☐ Exame

☐ Fraldas

☐ Outro (s)

(devem ser apresentados laudos médicos comprovando a necessidade)

Observações:

Alegre, __ de _____ de 2017.

Assinatura do interessado

- Uso exclusivo do Município:

> **MEDICAMENTOS** (informações a serem prestadas pela Farmácia Básica)

01 – Medicamento consta da REMUME?

02 – Possui alternativa padronizada?

03 – Consta do estoque?

> **EXAMES** (informações a serem prestadas pelo AMA)

01 – O Município possui o referido exame em seu elenco, devidamente lícitado?

02 – Em caso negativo, realizou-se a inserção do referido paciente no banco de vagas?

PARA USO DO SECRETÁRIO: (carimbar, datar e assinar).

☐ DEFERIDO

☐ INDEFERIDO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALEGRE – ES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
CEP: 29.500-000 – ALEGRE – ESPÍRITO SANTO

COMPROVANTE DE SOLICITAÇÃO ADMINISTRATIVA

No dia ____ de _____ de 2017, o Sr (a).

CPF

_____ formalizou requerimento

perante a Secretaria Municipal de Saúde, referente a

☐ Medicamento

☐ Exame

☐ Fraldas

☐ Outro (s): _____

Especificações:

O interessado foi informado de que, no prazo de 10 (dez) dias deverá comparecer com a finalidade de obter informações acerca do deferimento ou não de seu requerimento.

Alegre ____ de _____ de 2017.

(assinatura do servidor)