



OFÍCIO PMPS nº196 /2024

P.A-e nº4926/2024 – Requerimento nº 45/2024

Assunto: Solicita informações quanto o Protocolo de nº 3530/2024.

Pilar do Sul, 17 de Maio de 2024.

Em atendimento ao **Requerimento** em epigrafe, acerca da solicitação referenciada, vem encaminhar as informações prestadas pela Secretaria responsável, conforme transcrito abaixo:

- 1) **Por que não houve resposta ao Protocolo supracitado?**
- 2) **Qual é o prazo estimado para a resposta e atendimento do Protocolo?**
- 3) **Quais providências serão tomadas em relação a este assunto?**

Protocolo respondido, como demonstrado através do PA-e nº 3530/2024, em anexo.

Era o que tínhamos a informar, aproveitamos o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e consideração.

Alertamos, por fim, que a Câmara Municipal, bem como seus funcionários e vereadores, são responsáveis pelo recebimento de documentos/dados e informações, bem como, pela divulgação e reprodução de informações e dados pessoais nos termos da legislação vigente, especificamente, quanto a LGPD – Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.

(assina digitalmente)

MARCO AURÉLIO SOARES
PREFEITO MUNICIPAL

AO EXMO.

SR. ELI DE GÓIS VIEIRA JÚNIOR

DD. Presidente da Câmara Municipal de PILAR DO SUL – SP





PREFEITURA DE PILAR DO SUL
RUA TEN ALMEIDA
PILAR DO SUL - CEP - 18.185-000
(15) 3278-9700



CÓDIGO DE ACESSO
D959B0A9F39B4065A9EAE85989F6361A

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Este documento foi assinado digitalmente/eletronicamente pelos seguintes signatários nas datas indicadas

Para verificar a validade das assinaturas acesse o link abaixo

<https://pilardosul.flowdocs.com.br:2096/public/assinaturas/D959B0A9F39B4065A9EAE85989F6361A>



PREFEITURA DE PILAR DO SUL

Ajuda com medicação e exame

PROCESSO 3530/2024



3A7E5779D66CAC8A

TIPO DE PROCESSO: Protocolo

ASSUNTO: Solicita concessão de benefício eventual (exame / medicamento / materiais de enfermagem / etc)

ABERTURA: 22 de março de 2024 às 11:30

SIGNATÁRIO Jociel Gomes de Oliveira

Acesse o link abaixo para consultar o processo

<https://pilardosul.flowdocs.com.br:2096/public/processos/3A7E5779D66CAC8A>



De: Jociel Gomes de Oliveira

Para: SERVIÇO SOCIAL DA SAÚDE

Data: 22 de março de 2024 às 11:30

Necessito de ajuda para custear esses exames e medicação para o meu filho, Davi Lucca de Oliveira, não tenho condições no momento e o SUS não cobre.

Segue em anexo os pedidos, ele ta sendo investigado pela possibilidade de ter autismo.

Arquivo(s) não unificado(s)

WhatsApp Image 2024-03-22 at 11.20.46.jpeg

WhatsApp Image 2024-03-22 at 11.20.47 (1).jpeg

WhatsApp Image 2024-03-22 at 11.20.48.jpeg

WhatsApp Image 2024-03-22 at 11.20.48 (1).jpeg

WhatsApp Image 2024-03-22 at 11.20.47.jpeg

WhatsApp Image 2024-03-22 at 11.20.49 (1).jpeg

WhatsApp Image 2024-03-22 at 11.20.49.jpeg



De: SERVIÇO SOCIAL DA SAÚDE

Enviado por: Luci Dias de Goes (luci.goes)

Para: FARMÁCIA MUNICIPAL

Data: 25 de março de 2024 às 12:51

Boa tarde Vania!

Por se tratar de solicitação de medicamentos através de benefícios eventuais, poderia verificar por gentileza, se há outro medicamento na rede com o mesmo princípio ativo.

Grata

Luci D. Góes.



De: FARMÁCIA MUNICIPAL

Enviado por: VANIA REGINA CARVALHO BRISOLA (vania.brisola)

Para: SERVIÇO SOCIAL DA SAÚDE

Data: 02 de abril de 2024 às 11:24

Bom dia,

Os medicamentos em questão pode ser solicitado à Comissão de Farmacologia do Estado, segue em anexo formulários e orientações.

Após formulários preenchidos pelo médico solicitante, o responsável deverá protocolar o pedido no seguinte endereço:

Av. Comendador Pereira Inacio, 567 - Jardim Vergueiro - Sorocaba

Att.; Vânia Regina

Anexo(s)

Exemplo de declaração de Inexistência de Conflito.pdf

Declaração Autorizadora.pdf

anexo_iv_formulario_medicamento_manual_09_05_17.pdf

Exemplo de declaração de Inexistência de Conflito:

CABEÇALHO CONTENDO O LOGOTIPO E DESCRIÇÃO DA INSTITUIÇÃO COM ENDEREÇO COMPLETO E TELEFONE

DECLARAÇÃO

Eu (nome completo), CRM, médico do paciente (nome completo), declaro que não há conflito de interesses, na prescrição do medicamento (informar nome/princípio ativo), com a Indústria Farmacêutica e/ou interesse de pesquisa clínica.

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Para Serviços Públicos, conforme Resolução SS-83 de 17-8-2015 é obrigatório a apresentação da declaração da inexistência de conflito de interesses em relação à indústria farmacêutica e/ou pesquisa clínica.

Rede Integrada de Farmácias

Unidade Sorocaba

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE (Autor)

Nome do paciente:

RG. nº: Data Nascimento: ____/____/____ CPF:

End.: CEP:

Tel residencial: celular:

Responsável Legal (menores e incapazes) *

Nome: Relação com autor:

RG. nº: Data Nascto: ____/____/____ CPF:

End.: CEP:

Tel residencial: celular:

OUTORGADOS (Autorizados)

1- Nome: Relação com autor:

RG. nº: Data Nascto: ____/____/____ CPF:

End.: CEP:

Tel residencial: celular:

2 - Nome: Relação com autor:

RG. nº: Data Nascto: ____/____/____ CPF:

End.: CEP:

Tel. Residencial: celular:

3 - Nome: Relação com autor:

Rg. nº: Data Nascto: ____/____/____ CPF:

End.: CEP:

Tel. Residencial: celular:

PODERES

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo bastante procurador (es) o(s) Outorgados, acima qualificados(s), em conjunto ou separadamente, para o fim específico de retirar medicamento(s) e materiais na Unidade Dispensadora de Sorocaba – sito a Av. Comendador Pereira Inácio nº 564 – Jardim Vergueiro – Sorocaba - São Paulo.

_____, _____ de _____ de 20__.

(Outorgante)

Assinatura idêntica ao RG.

Não será aceito contendo rasura.

* Preencher apenas quando o autor for menor de idade ou incapaz (razões de ordem médica/jurídica)

Obrigatório a apresentação de RG original ou cópia autenticada do autor/procurador e pessoa autorizada.

Esta Procuração deverá ser utilizada para inclusão de pessoas autorizadas e renovada anualmente.

Favor anexar cópia do documento com foto dos Outorgados (Autorizados).

Av. Comendador Pereira Inácio, 564 - Jardim Vergueiro
Sorocaba - SP

(15) 3036-1204



Secretaria da Saúde



PROCEDIMENTOS GERAIS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO OU NUTRIÇÃO ENTERAL POR PACIENTE DE INSTITUIÇÕES PÚBLICAS OU PRIVADAS

NORMAS GERAIS PARA SOLICITAÇÃO

- Pacientes residentes no Estado de São Paulo;
- Tratamento de doença crônica, em caráter ambulatorial;
- Não será avaliada solicitação de fórmula de manipulação;
- Não será avaliada solicitação de medicamento de associações de substâncias que são disponibilizadas de maneira isolada pelo SUS;
- Somente será avaliada solicitação de medicamento ou nutrição enteral com registro na ANVISA, com autorização e comercialização no país;
- Não será avaliada solicitação de medicamentos utilizados no tratamento das doenças relacionadas ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, Resolução Normativa ANS 387, de 29-10-2015.

DOCUMENTOS EXIGIDOS

1. Receita médica original, em duas vias, legível e com data inferior a 30 dias.
2. Formulário para avaliação de solicitação de medicamento ou nutrição enteral completamente preenchido, legível e com as assinaturas do Paciente ou Responsável, Médico prescritor e Diretor da Instituição.
3. Cópia comum do CPF, RG, Cartão Nacional da Saúde – SUS (CNS) e Comprovante de residência com CEP. Para paciente menor de idade que não possui RG ou CPF, anexar cópia da certidão de nascimento e documentos do responsável.
4. Cópia dos exames complementares que justifiquem a necessidade do medicamento ou nutrição enteral.
5. Relatório médico justificando a necessidade do item não preconizado no SUS e Declaração de inexistência de conflito de interesses em relação à indústria farmacêutica e/ou pesquisa clínica (conforme Resolução SS nº 83/2015).



Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Formulário para Avaliação de Solicitação de Medicamento por Paciente de Instituições Públicas ou Privadas

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo:			
Sexo: () Masculino () Feminino		Data de nascimento: ____ / ____ / ____	
CPF:	RG:	CNS:	
Endereço:			Nº
Complemento:	Bairro:		
Município:	UF: SP	CEP:	
Telefone (s): ()			
E-mail:			
Possui Plano de Saúde: () Não () Sim. Qual: _____			

2. INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

2.1 Doença Principal:	CID:
Há quanto tempo:	
Outro (s) Diagnóstico (s):	CID (s):
2.2 Casos Oncológicos:	• Anexar cópia do anatomopatológico e, quando aplicável, PSA ou imunohistoquímica.

Informar o estadiamento clínico TNM quando aplicável:

2.3 Informar datas e resultados dos exames complementares relevantes (anexar cópia):

3. AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO

3.1 Informar os tratamentos já realizados em ordem cronológica:

3.2 Descrever o atual planejamento terapêutico:

3.3 Informar a meta terapêutica proposta:

3.4 Informar como se dará o acompanhamento da resposta terapêutica e a frequência de avaliação:

4. MEDICAMENTO SOLICITADO

Denominação genérica / Dosagem:

Via da administração / Posologia / Duração do tratamento:

Peso:

Altura:

5. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E MÉDICO SOLICITANTE

Nome da instituição de saúde:

CNES:

Endereço:

Nº

Complemento:

Bairro:

Município:

UF: SP

CEP:

Telefone (s): ()

Nome do médico:

CPF:

CRM Nº:

UF:

E-mail:

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo do médico prescritor

Assinatura e carimbo do Diretor/ Responsável
da Instituição

Assinatura do paciente ou responsável

7. USO RESTRITO DA SES/SP



De: SERVIÇO SOCIAL DA SAÚDE

Enviado por: Luci Dias de Goes (luci.goes)

Para: SECRETARIA GESTORA JURÍDICA DE CONTROLE DE LEGALIDADE, LICITAÇÕES E TRIBUTOS (SEGJUR), ESTAGIÁRIOS (SEGJUR)

Data: 17 de maio de 2024 às 08:52

Bom dia!

Segue processo