



DECRETO Nº. 020, DE 06 DE FEVEREIRO DE 2025

DISPÕE SOBRE A REGULAMENTAÇÃO DA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS, SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS E DIETAS ENTERAIS NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE QUARTEL GERAL/MG, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE QUARTEL GERAL, Estado de Minas Gerais, no uso de suas atribuições legais que lhe conferem a Lei Orgânica Municipal, e considerando:

- A Constituição Federal de 1988, especialmente o artigo 196, que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado;
- A Lei Federal nº 8.080/1990, que organiza o Sistema Único de Saúde (SUS);
- A Lei Federal nº 8.142/1990, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS;
- O Protocolo Municipal de Dispensação de Fórmulas Infantis, Suplementos Nutricionais e Dietas Enterais (Protocolo SMS nº 01/2024);
- A necessidade de regulamentar o fluxo, os critérios de inclusão e exclusão e as responsabilidades na dispensação dos produtos mencionados, com vistas à garantia do direito à saúde e à otimização dos recursos públicos;

DECRETA:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º - Este Decreto regulamenta a dispensação de fórmulas infantis, suplementos nutricionais e dietas enterais no âmbito do Município de Quartel Geral/MG, conforme critérios estabelecidos no Protocolo SMS nº 01/2024.

Art. 2º - A dispensação de fórmulas, suplementos e dietas é destinada exclusivamente aos munícipes que atendam aos critérios de inclusão estabelecidos no protocolo, com vistas à proteção da saúde e ao apoio nutricional necessário.


Gaspar Carlos Filho
Prefeito Municipal

CAPÍTULO II

DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Art. 3º - São critérios de inclusão para a concessão dos produtos:

I - Residir no município de Quartel Geral/MG;

II - Possuir Cartão Nacional de Saúde atualizado;

III - Estar cadastrado em Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência;

IV - Estar inscrito no Cadastro Único (CadÚnico) junto ao CRAS;

V - Apresentar a documentação necessária, incluindo:

a) Prescrição médica ou nutricional atualizada;

b) Comprovante de endereço atualizado;

c) Documento de identificação do responsável, no caso de crianças ou pacientes acamados;

d) Folha resumo do Cadastro Único;

e) Comprovante do programa Bolsa Família, se aplicável.

Art. 4º - Não serão atendidas as solicitações que:

I - Apresentarem receitas de consultas particulares;

II - Não cumprirem integralmente os critérios e documentação exigida;

III - Forem classificadas como inadequadas pela avaliação técnica da equipe multiprofissional.

CAPÍTULO III

DO FLUXO DE ATENDIMENTO

Art. 5º - O fluxo de atendimento seguirá as seguintes etapas:

I - Avaliação inicial pelo médico ou nutricionista responsável;



Gaspar Carlos Filho
Prefeito Municipal



II - Encaminhamento ao CRAS, quando necessário, para atualização do CadÚnico;

III - Entrega da documentação completa na Secretaria Municipal de Saúde;

IV - Avaliação da equipe multiprofissional para análise de elegibilidade e adequação às diretrizes do protocolo;

V - Aprovação pela Secretaria Municipal de Saúde para liberação dos produtos;

VI - Acompanhamento contínuo do paciente pela Atenção Básica.

CAPÍTULO IV

DA DISPENSAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

Art. 6º - A dispensação será realizada nas quantidades prescritas, de acordo com os seguintes critérios econômicos:

I - 100% da quantidade prescrita para pacientes em situação de extrema pobreza (renda per capita de até R\$ 218,00);

II - 75% da quantidade prescrita para pacientes com renda per capita igual ou inferior a 1/3 do salário mínimo;

III - 50% da quantidade prescrita para pacientes com renda per capita entre 1/2 e 1,5 salários mínimos.

Art. 7º - A não retirada dos produtos por mais de 30 (trinta) dias, sem justificativa, implicará na suspensão temporária do benefício, salvo em casos de força maior devidamente comprovados.

Art. 8º - O uso inadequado ou a comercialização dos produtos concedidos acarretará na exclusão imediata do beneficiário do programa.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 9º - Casos excepcionais serão analisados pela Secretaria Municipal de Saúde, em conjunto com a equipe técnica e o Conselho Municipal de Saúde.


Gaspar Carlos Filho
Prefeito Municipal



Art. 10 - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Quartel Geral/MG, 06 de fevereiro de 2025.


GASPAR CARLOS FILHO
PREFEITO MUNICIPAL



ANEXO I

MODELO DE REQUERIMENTO PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS, SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS E DIETAS ENTERAIS

À Secretaria Municipal de Saúde de Quartel Geral/MG

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____, residente e domiciliado(a) à _____, no município de Quartel Geral/MG, venho, por meio deste, requerer a concessão de Fórmulas Infantis, Suplementos Nutricionais ou Dietas Enterais para o paciente abaixo identificado:

DADOS DO PACIENTE:

Nome completo: _____

Cartão Nacional de Saúde (CNS): _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Unidade Básica de Saúde de referência: _____

Cadastro Único atualizado: () Sim () Não

Possui Bolsa Família? () Sim () Não

DOCUMENTOS ANEXADOS:

- () Prescrição médica ou nutricional atualizada
- () Comprovante de residência atualizado
- () Documento de identificação do responsável (se aplicável)
- () Folha resumo do Cadastro Único

JUSTIFICATIVA DO PEDIDO:

Quartel Geral, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do requerente: _____


Gaspar Carlos Filho
Prefeito Municipal



DESPACHO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Em análise ao requerimento acima e com base no Protocolo SMS nº 01/2024:

- DEFERIDO
- INDEFERIDO

Justificativa (em caso de indeferimento):

Quartel Geral, ____ de _____ de 20__.

Responsável pelo despacho:

Secretaria Municipal de Saúde


Gaspar Carlos Filho
Prefeito Municipal



ANEXO II
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO INICIAL FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO
INICIAL DO MÉDICO/NUTRICIONISTA

Paciente: _____

Cartão Nacional de Saúde (CNS): _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

UBS de referência: _____

AVALIAÇÃO INICIAL:

Diagnóstico clínico:

Justificativa para uso de fórmula/suplemento/dieta enteral:

Produto prescrito:

() Fórmula infantil (especificar): _____

() Suplemento nutricional (especificar): _____

() Dieta enteral (especificar): _____

Quantidade diária recomendada: _____

Duração estimada do tratamento: _____

DOCUMENTAÇÃO VERIFICADA:

() Prescrição médica ou nutricional anexada

() Demais documentos conforme protocolo

RECOMENDAÇÃO DO PROFISSIONAL:

() Elegível para o benefício conforme Protocolo SMS nº 01/2024

() Não elegível para o benefício


Gaspar Carlos Filho
Prefeito Municipal



Observações adicionais:

Quartel Geral, ____ de _____ de 20__.

Assinatura e carimbo do médico/nutricionista


Gaspar Carlos Filho
Prefeito Municipal