



DIÁRIO OFICIAL

MUNICÍPIO DE CONDE

Nº 1.441

Conde, 21 de novembro de 2018

CRIADO PELA LEI 156/95.

ATOS DO PODER EXECUTIVO

LICITAÇÃO E COMPRAS

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONDE

AVISO DE RESULTADO E HOMOLOGAÇÃO

CONCURSO PÚBLICO NACIONAL DE PROJETO DE URBANISMO E ARQUITETURA PARA REURBANIZAÇÃO DA ÁREA CENTRAL DE CONDE, PARAÍBA.

A Prefeita Municipal de Conde-PB, no uso de suas atribuições, torna público, adjudica e homologa o resultado de julgamento do Edital de Licitação, Concurso n.º 001/2018 - Processo nº 002447/2018 cujo objeto é o Concurso Público Nacional de Projeto de Urbanismo e Arquitetura para reurbanização da área central de Conde-PB, para selecionar o melhor e mais adequado projeto de urbanismo e arquitetura que apresente as infraestruturas necessárias e a qualificação do espaço urbano, a partir dos parâmetros técnicos e de legislação, conforme condições estabelecidas no Edital, no qual se sagraram vencedores: Primeiro Lugar: Autor do Projeto: BRUNO DE MORAES BRITTO - N9 de inscrição: 92950587 - Porto Alegre/RS, com premiação de R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais); Coautores: Camila Bellaver Alberti, Douglas Silveira Martini, Jean Michel Fortes dos Santos, Mariana Mocellin Mincarone.; Segundo lugar: Autor: ELEONORA ARONIS RAINHA - N9 de inscrição: 22786066 - São Paulo/SP, com premiação de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais); Coautores: Lucas Bueno, Julia Reis; Terceiro Lugar: Autor: HELENA AYOUB SILVA - N9 de inscrição: 27262233 - São Paulo/SP, com premiação de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), Coautores: Paula Cerqueira Lemos, Luís Guilherme Alves Rossi, Nicolas André Mesquita Cerino Carrillo Le Roux. Receberam Menções Honrosas: Autor do Projeto: MÁRIO SOARES DOS SANTOS JÚNIOR, inscrição 03258869; CEARÁ, Coautores: Daniel Benevides Parente, Vítor Silveira Breder Rocha, Yuka Perdigão Ogawa. Autor do Projeto: MATEUS DE SOUZA VAN STRALEN, inscrição 76033192; MINAS GERAIS, Coautores: Caio Nepomuceno Souza, Diego Fagundes da Silva, Erica Azevedo da Costa e Mattos, Guilherme de Vasconcelos, Marcelo Augusto Azarias Nascimento; Autor do Projeto: PEDRO FELIPE JANSEN DA COSTA, inscrição 60158397; PERNAMBUCO, Coautores: Alexandre II de Alcântara Velho Barreto, Alexandre José Campeilo de Oliveira, Carlos Henrique Mafra Santos, Juan Vinícius Oliveira Sá Barreto, Kássia Benevides Martins Gomes, Moisés Ferreira Cunha Júnior, Tomás Toscano Rodrigues; Autor do Projeto: FLORIANO FREAZA AMOEDO, inscrição 40783296; BAHIA, Coautores: Rodolfo Madureira ÍsisPiauhy, André Silva, Andre O'Dwyer, Flávio Carvalho, Priscilla Prata.

Em 08 de novembro de 2018.


MARCIA DE FIGUEIREDO LUCENA LIRA
Prefeita

SECRETARIA DE SAÚDE

PORTARIA N.º07/2018-SMS/CONDE, 05 DE NOVEMBRO DE 2018.

A SECRETÁRIA DE SAÚDE (SMS), no uso das atribuições que lhe confere a legislação municipal, RESOLVE:

Art. 1º. Designar os servidores abaixo relacionados para integrarem, sob a presidência de Emerson Lima Ribeiro, a Comissão de recebimento de aquisições de: mobiliários, equipamentos de saúde, material de informática, medicamentos, insumos, utensílios diversos, material de expediente, material de limpeza, material gráfico, entre outros, no âmbito desta Secretaria de Saúde:

Nome	Matrícula	Condição
Emerson Lima Ribeiro	10096	Presidente
Izácio Cordeiro de Moura	10102	Membro
Damaris Maria de Azevedo Silva	70005	Membro
Jucilene da Silva Correia	01257	Membro
Jose Geraldo da Silva Lourenco	20060	Membro
Edimilson Cavalcante de Souza	01021	Membro
Ângela Maria Pereira	20139	Membro
Laercia de Lima Santos	01111	Membro

Art. 2º. Cabe à presente Comissão analisar e atestar o recebimento no ato da entrega dos itens especificados no artigo 1º desta portaria, sempre que solicitado pela SMS.

Art. 3º. O recebimento das referidas aquisições deverá ser realizado pelo presidente da comissão e, no mínimo, mais três membros.

Art. 4º. Quando o solicitante for um dos membros da Comissão, até mesmo o presidente, este deverá se abster da avaliação do material solicitado, bem como da emissão de parecer.

Art. 5º. A presente portaria entrará em vigor a partir da data de sua publicação, com vigência de 02 (dois) anos.

Art. 6º. Revoga-se a Portaria n.º 02/2018 - SMS/Conde.

Conde, 05 de novembro de 2018.


Renata Martins Domingos
Secretária de Saúde

PORTARIA N.º 08/2018/SMS, de 07 de novembro de 2018

A Secretária Municipal de Saúde de Conde - PB, no uso de suas atribuições legais, objetivando regulamentar e conferir transparência no fornecimento de **suplemento alimentar** aos pacientes que dela necessitam;

Considerando que o fornecimento de suplemento alimentar ao cidadão cuja necessidade é motivada por doença e em situação de uso contínuo, devidamente comprovadas por laudo médico, caracteriza benefício de competência da Política de Saúde;

Considerando que o direito de recebimento de suplemento alimentar motivado por doença e em situação de uso contínuo está implícito ao direito à saúde, pois sua indisponibilidade gera agravamento moral e físico da condição da pessoa acometida;

Considerando que a Lei Federal n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990, artigo 6.º, alínea **d** do inciso I, determina que a execução de ações de assistência terapêutica integral está incluída no rol de atuação do Sistema Único de Saúde;

Considerando que o artigo 7.º, inciso II da Lei Federal n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990 estabelece ainda o princípio da integralidade de assistência;

Considerando que a Lei Federal n.º 12.401 de 28 de abril de 2011 altera o artigo 19-M, inciso I, complementando que a assistência consiste na dispensação de produtos de interesse para saúde;

Considerando a Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e a Lei n.º 10.741 de 01 de outubro de 2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, incumbem ao Poder Público o fornecimento às crianças e aos idosos dos recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação;

RESOLVE:

Art. 1.º - Criar e implantar o Protocolo de Fornecimento de Suplemento Alimentar no âmbito da Secretaria de Saúde do Município de Conde-PB, o qual deverá funcionar conforme as instruções e normas estabelecidas nesta Portaria.

Art. 2.º - Os pedidos de fornecimento de Suplemento Alimentar deverão resultar em processos administrativos específicos pela Farmácia Central, os quais devem ser instruídos com os documentos indicados no Protocolo criado por esta Portaria.

Art. 3.º - A criação e a implantação deste Protocolo resultam na obrigatoriedade de sua observância por todos os profissionais de saúde nele envolvidos, sendo que sua inobservância gerará sanções, nos termos da lei.

Art. 4.º - Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Conde-PB, 07 de novembro de 2018.


Renata Martins Domingos
Secretária de Saúde

PROTOCOLO DE FORNECIMENTO DE SUPLEMENTO ALIMENTAR

Este protocolo visa nortear os profissionais de saúde da Atenção Primária e Assistência Farmacêutica no planejamento e execução das atividades de solicitação e dispensação de fórmulas nutricionais no município de Conde e orientar os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante estabelecimento de critérios de atendimento e avaliação das condições de saúde.

01. Critérios para o atendimento:

- Residir no município de Conde;
- Ser vinculado à Unidade Básica de Saúde (UBS), conforme relação constante do **ANEXO I** deste Protocolo;
- População alvo: pessoas com deficiência, portadores de patologia compreendendo:

- Doença de boca, faringe, esôfago, estômago, dificuldade de sucção e deglutição.
- Anomalias esofágica (atresia de esôfago, fístula traqueoesofágica, refluxo gastroesofágico em casos que não respondem ao tratamento habitual.
- Hipermetabolismo (queimaduras, Sepsis, Trauma múltiplo, Tétano.
- Ingestão oral inadequada (menos de 60% das necessidades nutricionais).
- Deficiência de crescimento e desenvolvimento. - Pacientes neurológicos: coma, paralisia cerebral.
- Fibrose Cística - Insuficiência renal ou hepática. - Doença cardíaca congênita.
- Doença de Crohn.
- Síndrome de intestino curto.
- Doença hepática crônica.
- Anorexia e perda de peso.
- Pancreatite.
- Suporte à radioterapia e à quimioterapia.

CONDIÇÕES CLÍNICAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:

- Insuficiência renal crônica em tratamento conservador ou dialítico, que exija restrição de íons e/ou de volume e não seja possível adequação nutricional com dieta artesanal ou mista;
- Doenças disabsortivas que não permitam a utilização de dieta polimérica, com indicação de uso exclusivo de dieta oligomérica ou elementar;
- Diarreia crônica (por mais de 20 dias) cursando com desnutrição;
- Nutrição por jejunostomia;
- Lesão por pressão e desnutrição;
- Cardiopatia congênita cursando com desnutrição;
- Câncer em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico;
- Pré ou pós-operatório (por 3 meses) de cirurgia do trato gastrointestinal de médio ou grande porte ou de transplante, exceto cirurgia para acesso de via alternativa de nutrição. Os casos de pré-operatório serão contemplados com dieta enteral, somente se o usuário já estiver em uso de via alternativa de alimentação;
- Ser menor de 06 meses de idade (será considerada a idade corrigida).
- Diabetes descompensado em uso de dieta artesanal evoluindo com glicohemoglobina acima do valor máximo de referência para a idade, mesmo após as devidas correções medicamentosas e dietéticas;
- Desnutrição moderada a grave sem melhora com uso de dieta artesanal ou mista pelo período de 3 meses;
- Sequela neurológica resultando em necessidade de restrição de volume dietético ou em vômitos importantes quando em uso de dieta artesanal ou mista;
- Ter idade entre 06 e 12 meses (será considerada a idade corrigida) – nesses casos será fornecida quantidade de fórmula para atender até 60% do Gasto Energético Total - GET, devido à necessidade de introdução da alimentação complementar para atender às demandas nutricionais nessa faixa etária. Nesses casos, fórmulas de seguimento serão fornecidas até a criança completar 12 meses;
- Alergia a proteína de leite de vaca e/ou a proteína de soja e estar em acompanhamento no Ambulatório de APLV da Rede SUS-BH.

CONDIÇÕES CLÍNICAS PARA ADULTOS E IDOSOS

- Insuficiência renal crônica - IRC severa ou dialítica, com restrição importante de volume e íons que não permita o manejo com dieta artesanal;
- Pós-operatório (4 meses) de cirurgia do trato gastrointestinal de médio ou grande porte que envolvem estômago, intestinos, pâncreas e fígado ou de transplante, não considerando cirurgia para acesso de via alternativa de nutrição;
- Pré-operatório (4 meses) de cirurgias do trato gastrointestinal de médio ou grande porte que envolvem estômago, intestinos, pâncreas e fígado ou transplantes não considerando cirurgia para acesso de via alternativa de nutrição, cursando com desnutrição;
- Câncer em tratamento quimioterápico ou radioterápico;

- Distúrbio de absorção de nutrientes (doença de Crohn, doenças inflamatórias intestinais, fístulas enterocutâneas de médio e alto débito, síndrome do intestino curto e outras síndromes intestinais desde que especificadas) associado à desnutrição;
- Diarreia crônica (por mais de 20 dias), sem melhora com medidas clínicas e dietéticas, associada à desnutrição.
- Lesão(ões) por pressão estágio III e IV sem recuperação com dieta artesanal, com especificação do período de uso da dieta artesanal, associado à desnutrição.
- Distúrbio de absorção de nutrientes (doença de Crohn, doenças inflamatórias intestinais, fístulas enterocutâneas de médio e alto débito, síndrome do intestino curto e outras síndromes intestinais desde que especificadas), sem quadro de desnutrição;
- Diarreia crônica (por mais de 20 dias), sem melhora com medidas clínicas e dietéticas, sem quadro de desnutrição. Neste caso os profissionais deverão avaliar as causas que levaram a diarreia;
- Lesão(ões) por pressão estágio III e IV sem recuperação com dieta artesanal, com especificação do período de uso da dieta artesanal, sem quadro de desnutrição;
- Câncer em tratamento paliativo.

CONDIÇÕES CLÍNICAS PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS DE PARTIDA E DE SEGUIMENTO PARA CONSUMO POR VIA ORAL EM CRIANÇAS ATÉ 1 ANO DE IDADE:

- Ser recém-nascido pré-termo de idade gestacional igual ou inferior a 28 semanas ao nascimento com morbidades associadas (doença metabólica óssea, cardiopatias, síndrome do intestino curto, refluxo gastroesofágico grave, pneumopatia em uso de oxigênio terapia);
- Apresentar má formação labial e/ou de palato sem condições de receber o leite materno por sucção ou ordenha ou leite humano doado e apresentar desnutrição ou curva de crescimento decrescente.

OBS 1: O aleitamento materno exclusivo deverá ser sempre priorizado. Na impossibilidade deste, tentar o aleitamento materno complementado com fórmula e não o contrário.

02. Critérios de Exclusão:

- Pacientes idosos/crianças que não se enquadrem nos critérios clínicos estabelecidos neste protocolo;
- Usuários que possuem planos de saúde privados, que fornecem o referido insumo;
- Usuários que residem fora do Município de Conde.

03. Período de Fornecimento:

- 06 (seis) meses, após a aprovação do pedido, podendo ser renovado por iguais e sucessivos períodos quando permanecer a necessidade do paciente, mediante atualização de documentos.

04. Quantidade:

O fornecimento será de 70% (setenta por cento) da quantidade deferida no formulário de cadastramento, conforme prescrição médica e avaliação do usuário.

05. Relação de Documentos:

- ✓ **Para ingresso do paciente no cadastro municipal para recebimento de suplemento alimentar:**
 - Prescrição nutricional em papel timbrado do município devidamente preenchida com nome do paciente, data, descrição da patologia, indicação do CID e quantidade necessária, conforme modelo constante do **ANEXO II** deste Protocolo;
 - Cópia do RG e CPF do paciente, ou Certidão de Nascimento, se menor;
 - Cópia do CNS - Cartão Nacional de Saúde do paciente (cartão do SUS);

- Cópia do RG e CPF do responsável solicitante, quando o paciente for acamado ou menor, indicando grau de parentesco ou situação; e
- Comprovante de endereço atualizado do paciente (conta de água, luz, ou telefone fixo).
- Laudo social elaborado por assistente social da Prefeitura de Conde.

✓ **Para renovação do fornecimento:**

- Prescrição nutricional atualizada em papel timbrado do município devidamente preenchida com nome do paciente, data, descrição da patologia, indicação do CID e quantidade necessária
- Cópia do RG e CPF do responsável pelo pedido de renovação, quando o paciente for acamado ou menor, indicando grau de parentesco ou situação, se houver alteração do constante no pedido inicial; e
- Comprovante de endereço atualizado do paciente (conta de água, luz, ou telefone fixo).

06. Forma de Acesso ao Benefício:

O município deve procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de sua residência, para realizar avaliação médica, diagnosticando a deficiência com o CID respectivo.

A UBS após avaliação médica, encaminhará o paciente para Farmácia Central.

A Farmácia Central fará o acolhimento do paciente preenchendo o formulário para cadastramento e a dispensação dos suplementos alimentares.

07. Suspensão no Fornecimento:

O desligamento do usuário do cadastro municipal para recebimento de suplementos alimentares dar-se-á por:

- Não comparecimento para a retirada dos suplementos alimentares por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, implica na suspensão do benefício, salvo os casos devidamente justificados (ex: internação hospitalar);
- Ausência de renovação, após seis meses de atendimento;
- Uso indevido dos suplementos alimentares;
- Alta médica;
- Óbito.

08. Análise dos Pedidos:

A Secretaria da Saúde, por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica, apreciará os documentos do município de cadastro ao benefício, em conformidade com as diretrizes estabelecidas neste protocolo e observando a disponibilidade contratual e orçamentária do município. Deverá concluir pelo deferimento ou não do pedido, de forma motivada, conforme modelo constante do **ANEXO III** desta Portaria, "FORMULÁRIO PARA REGISTRO DA ENTREGA DE SUPLEMENTO ALIMENTAR".

A decisão acerca do pedido deve ser comunicada ao município, o qual deve declarar ciência de forma escrita nos autos do processo administrativo.

Casos excepcionais serão analisados por comissão técnica e submetidos à apreciação superior da Secretária Municipal da Saúde.

Caberá ao Departamento de Assistência Farmacêutica controlar, por meio da planilha denominada "DISPENSAÇÕES DE SUPLEMENTO ALIMENTAR", constante do **ANEXO IV** desta Portaria, a dispensação de suplemento alimentar por Unidade Básica de Saúde (UBS).

ANEXO I ÁREA DE ABRANGÊNCIA- POPULAÇÃO ADSCRITA

ORD	NOME DA UBS	CNES	ENDEREÇO
001	NOSSA SENHORA DAS NEVES	5148723	LOT.NOSSA SENHORA DAS NEVES



002	JACUMÃ	2592649	RUA: ETELVINA NASCIMENTO S/N
003	CENTRO	2592630	RUA:NOSSA SENHORA DAS NEVES
004	GURUGI	2592657	SITIO GURUGI
005	POUSADA	2341131	POUSADA DO CONDE
006	MATA DA CHICA	2343134	SITIO MATA DA CHICA
007	NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	2341158	LOT.NOSSA SENHORA DAS NEVES
008	MITUAÇU	2342855	SITIO MITUAÇU
009	CARAPIBUS	6220274	LOT CARAPIBUS

ANEXO II**FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE SUPLEMENTO ALIMENTAR**

(Deverá ser preenchido pelo Médico ou Enfermeiro da Unidade Básica de Saúde)

1. Identificação do Paciente:

Nome: _____
 Nº do cartão SUS: _____ Data de Nascimento: / /
 Idade: _____ Sexo: () FEM/() MASC/() OUTROS
 Nome da mãe: _____
 Endereço: _____
 Cidade: _____ Telefones: _____
 Unidade Básica de Saúde: _____

2. Enquadramento nos Critérios Clínicos:

CID Primário: _____
 CID Secundário: _____

3. Descrição do tipo de suplemento alimentar

4. Identificação do profissional que efetuou a avaliação:

Nome: _____
 Registro de Classe: _____
 Conde, _____ de _____ de _____.

Assinatura: _____

(Quando autorizada a dispensação, este formulário valerá por um período de 6 (seis) meses.)

ANEXO III**FORMULÁRIO PARA REGISTRO DA ENTREGA DE SUPLEMENTO ALIMENTAR****1. Identificação do Usuário:**

Nome: _____
 Nº do cartão SUS: _____ Data de Nascimento: / /
 Idade: _____ Sexo: () FEM/() MASC/() OUTROS
 Nome da mãe: _____
 Endereço: _____
 Cidade: _____
 Telefones: _____
 Unidade Básica de Saúde: _____

2. Documentos Necessários:

2.1 - () Prescrição do nutricionista do município em papel timbrado devidamente preenchida com nome do paciente, data, descrição da

patologia, indicação do CID e quantidade de suplemento alimentar necessário.
 2.2 - () Cópia do RG e CPF do paciente, ou Certidão de Nascimento, se menor;
 2.3 - () Cópia do CNS - Cartão Nacional de Saúde do paciente (cartão do SUS);
 2.4 - () Cópia do RG e CPF do responsável solicitante, quando o paciente for acamado ou menor, indicando grau de parentesco ou situação;
 2.5 - () Comprovante de endereço atualizado do paciente (conta de água, luz, ou telefone fixo).
 2.6 - () Laudo social.

3. Análise do Pedido com motivação (Deferimento ou Indeferimento):

4. Ciência do solicitante (assinatura ou rubrica):
em ____/____/____ (data).**ANEXO IV****DISPENSACIONES DE SUPLEMENTO ALIMENTAR**

NOME DO PACIENTE: _____
 UBS: _____

Nome do suplemento alimentar	Quantidade	DATA	Assinatura do Usuário ou responsável - Recebedor	Data Assinatura e Matrícula do Servidor Responsável pela Entrega

PORTARIA N° 09/2018/SMS, de 07 de novembro de 2018.

A Secretária Municipal de Saúde de Conde - PB, no uso de suas atribuições legais, objetivando regulamentar e conferir transparência no fornecimento de **fraldas descartáveis** aos pacientes que dela necessitam;

Considerando que o fornecimento de fraldas descartáveis ao cidadão cuja necessidade é motivada por doença e em situação de uso contínuo, devidamente comprovada por laudo médico, caracteriza benefício de competência da Política de Saúde;

Considerando que o direito de recebimento de fraldas descartáveis motivado por doença e em situação de uso contínuo está implícito ao direito à saúde, pois sua indisponibilidade gera agravamento moral e físico da condição da pessoa acometida;

Considerando que a Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, artigo 6.º, alínea *d* do inciso I determina que a execução de ações de assistência terapêutica integral está incluída no rol de atuação do Sistema Único de Saúde, e que o artigo 7.º, inciso II, da referida lei estabelece ainda o princípio da integralidade de assistência;

Considerando que a Lei Federal n.º 12.401, de 28 de abril de 2011, altera o artigo 19-M, inciso I, complementando que a assistência consiste na dispensação de produtos de interesse para saúde;

Considerando que o Decreto n.º 3.298, de 20 de dezembro de 1.999, que regulamentou a Lei Federal n.º 7.853, de 24 de outubro de 1.989, dispoendo sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, em seu capítulo VII, Seção I, art. 18 e art. 19 – inciso V, inclui na assistência integral à saúde e reabilitação da pessoa

portadora de deficiência, a concessão de materiais auxiliares e elementos de cuidado e higiene pessoal;

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e a Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, incumbem ao Poder Público o fornecimento às crianças e aos idosos dos recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação;

Considerando que a Portaria nº 937, de 07 de abril de 2017, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (FPPB), que altera a Portaria nº 111/GM/MS de 28 de janeiro de 2016, dispõe acerca da dispensação de fraldas geriátricas para incontinências para pacientes com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou ser pessoa com deficiência,

RESOLVE:

Art. 1.º - Criar e implantar o Protocolo de Fornecimento de Fraldas Descartáveis no âmbito da Secretaria de Saúde do Município de Conde-PB, o qual deverá funcionar conforme as instruções e normas estabelecidas nesta Portaria.

Art. 2.º - Os pedidos de fornecimento de fraldas descartáveis deverão resultar na abertura de processos administrativos específicos pela Farmácia Central, os quais devem ser instruídos com os documentos indicados no Protocolo criado por esta Portaria.

Art. 3.º - A criação e implantação deste Protocolo resulta na obrigatoriedade de sua observância por todos os profissionais de saúde nele envolvidos, sendo que sua inobservância gerará sanções, nos termos da lei.

Art. 4.º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Conde-PB, 07 de novembro de 2018.


Renata Martins Domingos
Secretária de Saúde

PROTOCOLO DE FORNECIMENTO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS

Este protocolo visa nortear os profissionais de saúde da Atenção Primária e Assistência Farmacêutica no planejamento e execução das atividades de solicitação e dispensação de fraldas descartáveis no município de Conde e orientar os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante estabelecimento de critérios de atendimento e avaliação das condições de saúde.

1. Critérios para atendimento:

- População alvo: pessoas com deficiência, portadores de patologia compreendendo:

TIPOS DE INCONTINÊNCIA - CID – 10

- N31.0 Bexiga neuropática não inibida
- N31.1 Bexiga neurogênica reflexa
- N39.4 Outras incontinências urinárias
- K59.2 Colon neurogênico

ASSOCIADOS A:

- F00 Demência na Doença de Alzheimer
- F01 Demência Vascular
- F02.3 Demência na doença de Parkinson
- F72 Retardo Mental Grave
- G80 Paralisia Cerebral
- G82 Paraplegia e tetraplegia
- G93.1 Lesão encefálica anóxica, não especificado como hemorrágico ou isquêmico
- I61 Hemorragia intracerebral

- I64 Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico
- Q05.2 Espinha bífida lombar com hidrocefalia
- Q05.3 Espinha bífida sacra com hidrocefalia
- T90.5 Sequela de traumatismo intracraniano
- T91.1 Sequela de fratura de coluna vertebral

- Residir no município de Conde;
- Ser vinculado à Unidade Básica de Saúde(UBS) de Conde, conforme relação constante do **ANEXO I** deste Protocolo.

2. Critérios de Exclusão:

- Pacientes com incontinência urinária temporária;
- Pacientes com potencial de reabilitação da incontinência;
- Pacientes portadores de bexiga neurogênica;
- Pacientes estomizados (urostomia, vesicostomia, colostomia, ileostomia);
- Pacientes idosos/crianças que não se enquadrem nos critérios clínicos estabelecidos neste Protocolo;
- Usuários que possuem planos de saúde privados, que fornecem o referido insumo;
- Usuários que residem fora do Município de Conde.

3. Período de Fornecimento:

- 06 (seis) meses, após a aprovação do pedido, podendo ser renovado por iguais e sucessivos períodos quando permanecer a necessidade do paciente, mediante atualização de documentos.

4. Quantidade:

- O fornecimento será efetuado na quantidade deferida no formulário de cadastramento, conforme prescrição e avaliação do usuário, ficando estabelecido o limite máximo de 04 fraldas/dia (120 fraldas/mês)

5. Relação de documentos:

- ✓ **Para ingresso do paciente no cadastro municipal para recebimento de fraldas descartáveis:**
 - Prescrição médica em papel timbrado do município proveniente da UBS devidamente preenchida com nome do paciente, data, descrição da patologia, indicação do CID e quantidade de fraldas necessárias (número de trocas diárias ou uso noturno), constando padrão geriátrico ou infantil e tamanho, conforme modelo constante do **ANEXO II** deste Protocolo;
 - Cópia do RG e CPF do paciente, ou Certidão de Nascimento, se menor;
 - Cópia do CNS - Cartão Nacional de Saúde do paciente (cartão do SUS);
 - Cópia do RG e CPF do responsável solicitante, quando o paciente for acamado ou menor, indicando grau de parentesco ou situação; e
 - Comprovante de endereço atualizado do paciente (conta de água, luz, ou telefone fixo).
 - Laudo social.
- ✓ **Para renovação do fornecimento:**
 - Prescrição médica atualizada em papel timbrado do município proveniente da UBS devidamente preenchida com nome do paciente, data, descrição da patologia, indicação do CID e quantidade de fraldas necessárias (número de trocas diárias ou uso noturno), constando modelo geriátrico ou infantil e tamanho.
 - Cópia do RG e CPF do responsável pelo pedido de renovação, quando o paciente for acamado ou menor, indicando grau de parentesco ou situação, se houver alteração do constante no pedido inicial; e
 - Comprovante de endereço atualizado do paciente (conta de água, luz, ou telefone fixo).

6. Forma de acesso ao benefício:

O munícipe deve procurar a UBS mais próxima de sua residência, para:

- Realizar avaliação médica, diagnosticando a deficiência com o CID respectivo;
- UBS após avaliação médica, encaminha o paciente para Farmácia Central;
- Farmácia Central faz o acolhimento do paciente preenchendo o formulário para cadastramento e a dispensação das fraldas conforme modelo constante do **ANEXO II** deste Protocolo.

7. Instruções para renovação, alteração e cancelamento do cadastro para recebimento de fraldas.**✓ Para renovação do fornecimento:**

• Os responsáveis pelos pacientes beneficiados cuja necessidade de fraldas ainda permaneça, ao retirar a sexta cota de fraldas, serão orientados a adotar os procedimentos para a renovação do benefício;

• Para renovar o benefício, o paciente deverá procurar sua Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência munido do formulário de renovação (conforme **ANEXO II**) que lhe será entregue na Farmácia Central e da cópia de um comprovante de endereço atualizado (mês em curso ou mês anterior);

• A UBS encaminhará o paciente com o formulário de renovação acompanhado da prescrição atualizada para a Farmácia Central, a qual ficará responsável em apreciar o pedido e adotar as providências no caso da manutenção do benefício.

• O fornecimento será suspenso se após o período de cento e oitenta dias do início do atendimento não for encaminhado o pedido de renovação.

✓ Para alteração do tamanho ou quantidade das fraldas:

• Caso haja necessidade de alteração do tamanho das fraldas ou alteração de quantidade para número menor ao fornecido em virtude da redução de uso, esta poderá ser solicitada na Farmácia Central onde o paciente faz a retirada do material, mediante requerimento assinado (conforme **ANEXO VII**).

• Os casos de alteração de quantidade para número maior ao fornecido dependerão da apresentação de nova prescrição médica e deverão seguir o mesmo fluxo da renovação (será necessário comparecer a Unidade Básica de Saúde de referência, aguardar apreciação do processo e deferimento)

• Situações de alteração do cuidador responsável pelo paciente, número de telefone de contato e endereço do paciente, bem como alteração de Unidade de Saúde de referência deverão ser atualizadas junto à Farmácia Central, a qual atualizará o cadastro.

✓ Para cancelamento das fraldas:

• Caso o uso das fraldas descartáveis fornecidas pelo município não seja mais necessária ao paciente antes do término do período concessivo de cento e oitenta dias, o responsável deverá comunicar a Unidade de dispensadora(CAF) para sua exclusão do cadastro. Situações de óbito também se enquadram nessa situação.

8. Suspensão no fornecimento:

O desligamento do usuário do cadastro municipal para recebimento de fraldas dar-se-á por:

- Não comparecimento para a retirada das fraldas por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, implica na suspensão do benefício, salvo os casos devidamente justificados (ex: internação hospitalar);
- Ausência de renovação, após seis meses de atendimento.
- Uso indevido das fraldas;
- Alta médica;
- Óbito.

9. Orientação à rede: fluxo de atendimento ao usuário de fraldas descartáveis.

• O munícipe deverá procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de sua residência para ser submetido à avaliação do profissional médico para reconhecimento do diagnóstico da patologia de base e definição da necessidade do uso da fralda descartável, quando será feita a prescrição definindo o tipo e tamanho da fralda e quantidade, conforme **ANEXO II** desta Portaria.

• A avaliação do médico/enfermeiro da UBS é indispensável, e são esses profissionais que devem orientar sobre: os critérios clínicos para fornecimento de fraldas descartáveis, sobre a documentação necessária para sua aquisição, sobre a conservação e a guarda adequada do insumo no domicílio e sobre a disponibilidade do insumo para retirada na Farmácia Central. Cabe a esses profissionais também realizar o acompanhamento domiciliar dos usuários que recebem fraldas descartáveis ofertados pela SMS-Conde em sua área de abrangência.

• O paciente ou cuidador deverá ser orientado pela UBS a providenciar os documentos pessoais necessários ao cadastramento.

• A UBS ficará responsável pela observância dos documentos do paciente estabelecidos nesse protocolo (inclusão e/ou renovação), providenciando a prescrição médica, à qual serão anexados todos os documentos pessoais constantes do protocolo.

• A UBS será responsável pelo encaminhamento do paciente à Farmácia Central para realização do cadastro.

• A Farmácia Central será responsável pela conferência do cumprimento dos quesitos do protocolo para concessão do benefício ao usuário.

• A Farmácia Central será responsável pela elaboração da grade de pacientes beneficiados por unidade, e pelo controle da entrega que será mensalente.

10. Análise dos pedidos:

A Secretaria da Saúde, por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica, apreciará os documentos do munícipe de cadastro ao benefício, em conformidade com as diretrizes estabelecidas neste protocolo e observando a disponibilidade contratual e orçamentária do município. Deverá concluir pelo deferimento ou não do pedido, de forma motivada, conforme modelo constante do **ANEXO III** desta Portaria, "FORMULÁRIO PARA REGISTRO DA ENTREGA DE FRALDAS DESCARTÁVEIS".

A decisão acerca do pedido deve ser comunicada ao munícipe, o qual deve declarar ciência de forma escrita nos autos do processo administrativo.

Casos excepcionais serão analisados por comissão técnica e submetidos à apreciação superior da Secretária Municipal da Saúde.

Caberá ao Departamento de Assistência Farmacêutica controlar, por meio da planilha denominada "DISPENSACIONES DE FRALDAS DESCARTÁVEIS", constante do **ANEXO IV** desta Portaria, a dispensação de suplemento alimentar por Unidade Básica de Saúde (UBS).

**ANEXO I
ÁREA DE ABRANGÊNCIA- POPULAÇÃO ADSCRITA**

ORD	NOME DA UBS	CNES	ENDEREÇO
001	NOSSA SENHORA DAS NEVES	5148723	LOT.NOSSA SENHORA DAS NEVES
002	JACUMÃ	2592649	RUA: ETELVINA NASCIMENTO S/N
003	CENTRO	2592630	RUA:NOSSA SENHORA DAS



			NEVES
004	GURUGI	2592657	SITIO GURUGI
005	POUSADA	2341131	POUSADA DO CONDE
006	MATA DA CHICA	2343134	SITIO MATA DA CHICA
007	NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	2341158	LOT.NOSSA SENHORA DAS NEVES
008	MITUAÇU	2342855	SITIO MITUAÇU
009	CARAPIBUS	6220274	LOT CARAPIBUS

ANEXO II

FORMULÁRIO DE REQUISICÃO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS
(Deverá ser preenchido pelo Médico ou Enfermeiro da Unidade Básica de Saúde)

1- Identificação do Paciente:

Nome: _____

Nº do cartão SUS: _____ Data de Nascimento: / /

Idade: _____ anos. Sexo: () FEM () MASC. ()

OUTROS

Nome da mãe: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Telefones: _____

Unidade Básica de Saúde: _____

Enquadramento nos Critérios Clínicos:

CID Primário: _____

CID Secundário: _____

2- Descrição do Tipo de Fraldas e Quantidade autorizada:

3- Identificação do profissional que efetuou a avaliação:

Nome: _____

Registro de Classe: _____

Assinatura: _____

Quando autorizada a dispensação, este formulário valerá por um período de 6 (seis) meses. No sexto mês, a necessidade do uso de fraldas deverá ser novamente comprovada junto à Unidade Básica de Saúde designada para retirada das mesmas.

ANEXO III

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DA ENTREGA DE FRALDAS
PARAUSO DOMICILIAR

1- Identificação do Usuário:

Nome: _____

Idade: _____ anos

. N° do Cartão SUS: _____

. Sexo: () feminino () masculino.

Endereço: _____

Distrito: _____

Telefones: _____

Unidade Básica de Saúde de atendimento: _____

2. Documentos Necessários:

- 2.1() Prescrição médica em papel timbrado do município proveniente da UBS devidamente preenchida com nome do paciente, data, descrição da patologia, indicação do CID e quantidade de fraldas necessárias (número de trocas diárias ou uso noturno), constando padrão geriátrico ou infantil e tamanho.

- 2.2() Cópia do RG e CPF do paciente, ou Certidão de Nascimento, se menor;

- 2.3() Cópia do CNS - Cartão Nacional de Saúde do paciente (cartão do SUS);

- 2.4() Cópia do RG e CPF do responsável solicitante, quando o paciente for acamado ou menor, indicando grau de parentesco ou situação;

- 2.5() Comprovante de endereço atualizado do paciente (conta de água, luz, ou telefone fixo).

- 2.5() Laudo social.

3. Análise do Pedido com motivação (Deferimento ou Indeferimento):

4. Ciência do solicitante (assinatura ou rubrica):
_____ em ____/____/____ (data).**ANEXO IV**

DISPENSACIONES DE FRALDAS DESCARTÁVEIS

NOME DO PACIENTE: _____

UBS: _____

Código da Fralda	Quantidade	DATA	Assinatura do Usuário ou responsável - Recebedor da Fralda	Data Assinatura e Matrícula do Servidor Responsável pela Entrega

ANEXO V

REQUERIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE TAMANHO / QUANTIDADE DE FRALDAS DESCARTÁVEIS:

Eu, _____, RG....., responsável pelo paciente Sr (a) _____, CNS n.º _____, requeiro a alteração do () tamanho () quantidade de fraldas fornecidas pelo município, sendo de _____ para....., em virtude de _____

Conde, ____/____/____

REQUERIMENTO PARA EXCLUSÃO DO PACIENTE DO CADASTRO MUNICIPAL PARA RECEBIMENTO DE FRALDAS:

Eu, _____, RG....., responsável pelo paciente Sr (a) _____, CNS n.º _____, requeiro sua exclusão do cadastro de pacientes beneficiados com o fornecimento de fraldas descartáveis, em virtude de.....

Conde, ____/____/____
Assinatura do Requerente**ANEXO VI**

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DA ENTREGA DE FRALDAS PARAUSO DOMICILIAR

1- Identificação do Usuário:

Nome: _____

Idade: _____ anos

. N° do Cartão SUS: _____

. Sexo: () feminino () masculino () OUTROS

Endereço: _____

Distrito: _____

Telefones: _____

Unidade Básica de Saúde de atendimento: _____



2. Documentos Necessários:

- 2.1() Prescrição médica em papel timbrado do município proveniente da UBS devidamente preenchida com nome do paciente, data, descrição da patologia, indicação do CID e quantidade de fraldas necessárias (número de trocas diárias ou uso noturno), constando padrão geriátrico ou infantil e tamanho.
- 2.2() Cópia do RG e CPF do paciente, ou Certidão de Nascimento, se menor;
- 2.3() Cópia do CNS - Cartão Nacional de Saúde do paciente (cartão do SUS);
- 2.4() Cópia do RG e CPF do responsável solicitante, quando o paciente for acamado ou menor, indicando grau de parentesco ou situação;
- 2.5() Comprovante de endereço atualizado do paciente (conta de água, luz, ou telefone fixo).
- 2.5() Laudo social.

3. Análise do Pedido com motivação (Deferimento ou Indeferimento):

5. Ciência do solicitante (assinatura ou rubrica):

_____ em ____/____/____ (data).

ANEXO VII**FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE ALTERAÇÃO DAS FRALDAS DESCARTÁVEIS**

(Deverá ser preenchido pelo usuário interessado ou seu responsável)

1- Identificação do Paciente:

Nome: _____

Nº do cartão SUS: _____ Data de Nascimento: / /

Idade: ____ anos. Sexo: () FEM () MASC. () OUTROS

Nome da mãe: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Telefones: _____

Unidade Básica de Saúde: _____

2- Descrição do motivo de alteração:

(...) Tamanho de Fraldas. Qual?: _____

() Quantidade de fraldas a menor.

Quantas? _____

Justificativa: _____

Conde, ____/____/____.

(Assinatura)

Nome: _____

ANEXO VIII**FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE CANCELAMENTO DAS FRALDAS DESCARTÁVEIS**

(Deverá ser preenchido pelo usuário interessado ou seu responsável)

3- Identificação do Paciente:

Nome: _____

Nº do cartão SUS: _____ Data de Nascimento: / /

Idade: ____ anos. Sexo: () FEM () MASC. () OUTROS

Nome da mãe: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Telefones: _____

Unidade Básica de Saúde: _____

4- Descrição do motivo do cancelamento:

Justificativa: _____

Conde, ____/____/____.

(Assinatura)

Nome: _____

RENOVAÇÃO – FRALDAS DESCARTÁVEIS:

PACIENTE: _____

CNS N.º: _____

- Para renovar o benefício, o paciente ou seu cuidador deverá procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) munido do formulário de renovação que lhe foi entregue nesta unidade de dispensação e da cópia de um comprovante de endereço atualizado (mês em curso ou mês anterior).
- A UBS encaminhará o formulário de renovação acompanhado da prescrição atualizada para a Farmácia Central, a qual ficará responsável em apreciar o pedido e adotar as providências no caso da manutenção do benefício.
- O fornecimento será suspenso se após o período de cento e oitenta dias do início do atendimento não for encaminhado o pedido de renovação.

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO

Portaria 033/2018-SEMAD

Conde, 21 de Novembro de 2018.

A SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CONDE, no uso das atribuições que lhe confere o art. 25, inciso V, da Lei 902/2017.

RESOLVE:

Tornar público o parecer da **Comissão de Avaliação de Desempenho da Carreira do Magistério**, sobre o deferimento/indeferimento de implantação de progressões funcionais (por qualificação), de acordo com o que preconizam a Lei Municipal nº 589/2009 (Plano de Cargos, Carreira e Remuneração do Magistério Municipal) e o Decreto Municipal nº 115/2018 (que regulamenta a avaliação do desempenho para a progressão da Carreira do Magistério Municipal), considerando a relação abaixo:

NOME	MAT	PROCESSO	CLASSE ANTERIOR	CLASSE ATUAL	PARECER
ADRIANA URSULINO DOS SANTOS	1358	2018/003726	A2 - T30 - VI	A3 - T30 - VI	DEFERIDO
ANA CRISTINA SOUZA DA SILVA	1944	288/2016	A3 - T30 - III	A3 - T30 - III	INDEFERIDO
CELIA REGINA OLIVEIRA	1341	2018/000732	A1 - T30 - VI	A2 - T30 - VI	DEFERIDO
CRISTINA LÚCIA FERREIRA DE BRITO	1448	2018/000634	A3 - T30 - VI	A3 - T30 - VI	INDEFERIDO
EDILMA RIBEIRO DA SILVA PATRÍCIO	426	1061/2017	A2 - T30 - X	A3 - T30 - X	DEFERIDO
ELIANE RAFEL DE OLIVEIRA BARBOSA	1570	1939/2017	C2 - T25 - VI	C3 - T25 - VI	DEFERIDO
ERIVAN FONSECA DA SILVA	1291	523/2016	B2 - T25 - VI	B3 - T25 - VI	DEFERIDO
ERIVANEIDE DA SILVA ALMEIDA	1842	1984/2017	A2 - T30 - IV	A3 - T30 - IV	DEFERIDO
JANAINA SILVA DOS SANTOS	1878	2018/003504	A2 - T30 - III	A3 - T30 - III	DEFERIDO
LEONIA BARRETO DOS SANTOS	1010	091/2013	A3 - T30 - VII	A3 - T30 - VII	INDEFERIDO



MARENILZE DA SILVA FERREIRA	427	2018/002999	A2 - T30 - X	A3 - T30 - X	DEFERIDO
MARIA AUXILIADORA COSTA	1548	2016/2017	A3 - T25 - VI	A4 - T30 - VI	DEFERIDO
MARIA DE FÁTIMA BARBOSA	1692	1203/2017	C3 - T25 - IV	C4 - T25 - IV	DEFERIDO
MARIA SUELEIDE DE FREITAS	1952	2012/2017	A2 - T30 - III	B3 - T25 - III	DEFERIDO
MARILUCIA DE MELO	333	2041/2017	A1 - T30 - X	A2 - T30 - X	DEFERIDO
SANDRA MARIA BELO RODRIGUES	1338	2070/2017	A3 - T30 - VI	A4 - T30 - VI	DEFERIDO
SELDA EMÍLIO ALVES DE SOUZA	1831	081/2016	B2 - T25 - VII	B3 - T25 - VII	DEFERIDO
SEVERINA DOMINGOS DA CRUZ	1959	2018/001241	A2 - T30 - III	A3 - T30 - III	DEFERIDO
SILVANIA DE AQUINO SILVA	1879	545/2017	A1 - T30 - III	A1 - T30 - III	INDEFERIDO
TANIA MARIA CRISTINA SANTOS	1846	2105/2017	A2 - T30 - IV	A3 - T30 - IV	DEFERIDO
WALMA LAENE FERREIRA	1847	1813/2017	A3 - T30 - IV	A4 - T30 - IV	DEFERIDO

Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

BARBARA M. DE F. LINS CRUZ
Secretaria de Administração

ATOS DO PODER LEGISLATIVO

PRESIDÊNCIA DA CÂMARA MUNICIPAL

PORTARIA Nº 081/2018

O PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE CONDE,
Estado da Paraíba, no uso de suas atribuições, que lhes são conferidas por lei,

RESOLVE:

TORNAR SEM EFEITO, as Portarias de Nº 066/2018, Nº 067/2018, 068/2018, 069/2018, 070/2018, 071/2018, 072/2018, 073/2018, 074/2018, 075/2018, 076/2018, 077/2018 e 078/2018, publicadas no Diário Oficial do Município Nº 1.434, no dia 07 de novembro de 2018.

Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Paço da Câmara Municipal de Conde, em 19 de novembro de 2018.

LUZIMAR NUNES DE OLIVEIRA
-Presidente-