

NOTA INFORMATIVA

Documentos PPI 2026

Nº 03 | 23/02/2026



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Governador do Estado do Ceará
Elmano de Freitas da Costa

Secretário da Saúde do Ceará
Tânia Mara Silva Coelho

Secretária Executiva da Atenção
Primária e Políticas de Saúde
Maria Vaudelice Mota

Coordenadora de Políticas de
Assistência Farmacêutica e
Tecnologias em Saúde
Fernanda França Cabral

Elaboração e revisão
Evanézia de Araújo Oliveira



APRESENTAÇÃO

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE), através da Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS), por meio da Coordenadoria de Políticas de Assistência Farmacêutica e Tecnologia em Saúde (COPAF), vem por meio desta nota **orientar quanto ao preenchimento da documentação obrigatória da PPI 2026.**

CONSIDERAÇÕES

Considerando a Compra Centralizada de Medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica (AFB) e Assistência Farmacêutica Secundária (AFS) realizada no estado do Ceará para 182 dos 184 municípios, sendo os recursos financeiros advindos das contrapartidas federal e municipal transferidos ao Fundo Estadual de Saúde (FUNDES), em cumprimento a um termo de adesão celebrado entre os Municípios e a SESA, por meio de pactuação em CIB para execução da compra.

Considerando que tal procedimento gera ganho de escala e eficiência, com objetivo de possibilitar aos Municípios a ampliação da oferta de medicamentos e insumos.

Considerando a Portaria GM/MS Nº 9.887, de 29 de dezembro de 2025, que divulga, de forma detalhada, os repasses de recursos federais aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, no âmbito do Sistema Único de Saúde referente ao exercício de 2026, com base em critério populacional utilizando a estimativa do Censo Populacional de 01 de julho de 2024.

Considerando a Resolução CIB/CE nº 559/2025, que aprova o Elenco da Assistência Farmacêutica Básica (AFB) para o biênio 2026/2027 e a Resolução CIB/CE nº 560/2025, que aprova o Elenco da Assistência Farmacêutica Secundária (AFS) para o biênio 2026/2027.

Considerando a Resolução CIB/CE nº 15/2026, que estabelece o Incentivo da Assistência Farmacêutica para financiamento dos medicamentos do Componente Básico, de responsabilidade de cada uma das três esferas de governo, será composto dos valores por habitante/ano para o exercício de 2026.

Considerando a Resolução CIB/CE nº 16/2026, que aprova o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Secundária de responsabilidade das esferas Estadual e Municipal para o exercício de 2026.



DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS REFERENTES A COMPRA CENTRALIZADA DE MEDICAMENTOS – PPI 2026

1. Termo de Adesão e Autorização de Débito da AFB e AFS:

Deve ser enviado PREFERENCIALMENTE de forma virtual, devidamente preenchido, NÃO datados, assinados de forma digital (com certificado digital ou assinatura digital gratuita do gov), pelo Prefeito e Secretário de Saúde do Município e a autorização de débito também assinada pelo Gerente do Banco da conta do débito automático;



**Não será mais necessário
Folha de Rosto!**



TODOS esses
documentos devem ser
enviados devidamente
preenchidos e assinados
às SR e ADS,
**IMPRETERIVELMENTE até
o dia 27/03/2026**

ORIENTAÇÕES PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DOS DOCUMENTOS:

1. TERMOS DE ADESÃO

NÃO ALTERAR A NUMERAÇÃO!

TERMO DE ADESÃO A COMPRA CENTRALIZADA – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA – AFB

T.A. Nº 01/2026

CONFERIR O NOME DO MUNICÍPIO

Termo que entre si celebram o Estado do Ceará, através da Secretaria de Saúde, e o **Município de FELICIDADE**, no qual restam estabelecidos os mecanismos de repasse dos medicamentos pactuados na Comissão Intergestora Bipartite – CIB destinados a **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica**.

O Estado do Ceará, por meio da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará/SESA, inscrita no CNPJ sob o nº 07.954.571/0001-04, situada na Av. Almirante Barroso nº 600 - Bairro Praia de Iracema, Fortaleza-CE, neste ato representada pelo seu Secretário Executivo Administrativo Financeiro, Sr. Luiz Otávio Sobreira Rocha Filho, portador do documento de identidade nº ~~XXXXXXXXXXXX~~ SSP/CE, inscrito no CPF sob ~~XXXXXXXXXXXX~~, residente e domiciliado em Fortaleza/CE e o Município de **FELICIDADE**, inscrito no CNPJ Nº. _____, neste ato representado pelo(a) Prefeito(a) Municipal, Sr(a). _____, portador(a) da cédula de identidade/RG nº. _____ e inscrito(a) no CPF nº _____, residente e domiciliado(a) em _____, consideram a regulamentação da transferência do incentivo da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, conforme Resoluções da Comissão Intergestora Bipartite-CIB Nº 146/2021 e demais atos normativos, e concordam em celebrar o presente Termo de Adesão, sob as seguintes condições a seguir estabelecidas:

DIGITAR O CNPJ DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

DIGITAR O NOME COMPLETO DO PREFEITO MUNICIPAL

CONFERIR O NOME DO MUNICÍPIO

DIGITAR O RG DO PREFEITO MUNICIPAL

DIGITAR O CPF DO PREFEITO MUNICIPAL

DIGITAR O ENDEREÇO DO PREFEITO MUNICIPAL

CONFERIR O VALOR DO DÉBITO MENSAL DO MUNICÍPIO (POPULAÇÃO X CONTRAPARTIDA MUNICIPAL)/12 ESSES NÚMEROS ESTÃO DISPONÍVEIS NO SISMED

e) **Autorizar** débito automático do Fundo Municipal de Saúde para conta da Assistência Farmacêutica Municipal informada ao estado para o pagamento das contrapartidas municipais, conforme valores pactuados e data agendada com o estado para o débito.

f) **Autorizar** o Banco do Brasil o débito da contrapartida municipal para o dia _____ (10 ou 20) de cada mês, conforme sua pactuação no valor mensal de **R\$ XXXXXXXX** da conta da Assistência Farmacêutica Municipal, para a conta do Banco do Brasil nº 58048-6, convênio nº 38592, agência nº 008-6, com a denominação **"Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica"**;

DIGITAR A DATA ESCOLHIDA PARA O DÉBITO: (10 OU 20)

g) **Autorizar** ao Ministério da Saúde o depósito direto na mesma conta estadual do valor mensal de **R\$ XXXXXXXX** referente à contrapartida federal;

CONFERIR O VALOR DO DEPÓSITO MENSAL DO MS (POPULAÇÃO X CONTRAPARTIDA FEDERAL)/12 ESSES NÚMEROS ESTÃO DISPONÍVEIS NO SISMED

Para ter acesso no SISMED aos valores citados acima, basta acessar o link:

<http://extranet.saude.ce.gov.br/sismed>

Siga as orientações da Nota Informativa N° 02/2026, que traz o PASSO a PASSO para navegação no SISMED, por meio do link:

https://docs.google.com/presentation/d/1_AnQ57YcRpsqWd5Mc4wiCdf5NJwuCdC_JZeNejlvv_c/edit?slide=id.p1#slide=id.p1

**TERMO DE ADEÇÃO A COMPRA CENTRALIZADA – ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA BÁSICA – AFB**

T.A. Nº 01/2026

**NÃO ALTERAR
A NUMERAÇÃO**

CLÁUSULA SEXTA – RESCISÃO

O presente Termo poderá ser rescindido, sem comunicação prévia, caso ocorra descumprimento das obrigações ora estipuladas, sujeitando-se, a parte inadimplente a responder por todo e qualquer ônus decorrente de procedimentos judiciais e extrajudiciais que se fizerem necessários, podendo, entretanto, ser resolvido por mútuo consenso, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

E por estarem certos e ajustados, firmam o presente.

Fortaleza/CE, ____ de ____ de 2026.

**NÃO ASSINAR
NESTE LOCAL**

Maria Vaudelice Mota
Secretária Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde

NOME DO PREFEITO POR EXTENSO
Prefeito(a) Municipal

**ASSINATURA DIGITAL DO
PREFEITO MUNICIPAL**

Ciente,

NOME DO SECRETÁRIO DE SAÚDE POR EXTENSO
Secretário(a) Municipal de Saúde

**ASSINATURA DIGITAL DO
SECRETARIO MUNICIPAL
DE SAÚDE**

TESTEMUNHAS:

01 - _____

02 - _____

**NOME COMPLETO E ASSINATURA DIGITAL DE 02 TESTEMUNHAS
(OS FARMACÊUTICOS MUNICIPAIS E DAS ADS PODEM ASSINAR)**

2. AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO:



ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA – AFB 2026

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO

Ao

Banco do Brasil S/A

Agência _____

Nesta/

Número da agência
do banco da conta do
FMS ou da conta
específica da AF

Número da conta
corrente onde
ocorrerá o débito

data informada no
termo para
realização do
débito

Nome do município

Autorizamos esta agência nº _____ a debitar da conta-corrente _____ do
Fundo Municipal de Saúde, no dia 10 ou 20 de cada mês o valor estabelecido conforme
Termo de Acordo firmado entre a Secretária de Saúde do Estado e a Secretaria Municipal de
Saúde de _____, CNPJ nº _____, conforme
convênio nº 38592 firmado entre a Secretaria de Saúde do Estado e o Banco do Brasil.

CNPJ do Fundo
Municipal de Saúde

Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para o referido débito, ficando o Banco do
Brasil S.A isento de qualquer responsabilidade decorrente da não liquidação do compromisso
por insuficiência de saldo na data do vencimento.

Em caso de dúvida ou reclamação sobre datas de vencimento e/ou valores, devo solicitar
esclarecimentos diretamente à empresa credora.

Estou ciente de que o Banco do Brasil S.A se reserva o direito de, a qualquer tempo, cancelar a
presente prestação de serviço, mediante comunicação por escrito.

Prefeito(a) Municipal

Secretário(a) Municipal de Saúde

Gerente do Banco do Brasil

Assinaturas DIGITAIS
do Prefeito,
Secretário Municipal
de Saúde e Gerente
do Banco

escrever por extenso
o nome de cada
Ex. José da Silva
Prefeito Municipal

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

Av. Almirante Barroso, 600 - Praia de Iracema • CEP: 60060-440
Fortaleza / CE • Fone: (85) 3101.5123

Esta Coordenação encontra-se à disposição para informações adicionais, por meio do seguinte endereço eletrônico copaf.sesa@gmail.com.

Ressaltamos que esta Nota Informativa poderá ser revista a qualquer tempo, desde que a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE) julgue necessário.





CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA **SAÚDE**