

**NOTA INFORMATIVA**

# **Documentos PPI 2025**

**Nº 05 | 07/03/2025**



**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

**Secretário Executivo Administrativo  
Financeiro**  
Luiz Otávio Sobreira Rocha Filho

**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 2025.**



**CEARÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DA SAÚDE

## 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 Resolução CIB/CE 146/2023, que aprova o Elenco de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) com validade para os exercícios de 2024 e 2025;

Considerando a Resolução CIB/CE Nº 147/2023, que aprova o Elenco de Medicamentos da Assistência Farmacêutica Componente da Atenção Secundária em Saúde do Ceará com validade para os exercícios de 2024 e 2025;

Considerando a Resolução CIB/CE Nº 47/2025 que aprova 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 ano de 2025;

Considerando a Resolução CIB/CE Nº 48/2025, que aprova o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Secundária de responsabilidade das esferas estadual e municipal para o exercício de 2025;

# DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS REFERENTES A COMPRA CENTRALIZADA DE MEDICAMENTOS – PPI 2025

## 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 **01 de abril de 2025.**

# 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 01/2025

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**.

DIGITAR O CNPJ DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

DIGITAR O NOME COMPLETO DO PREFEITO MUNICIPAL

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 ~~XXXXXXXXXX~~, 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 em conformidade com as Resoluções da Comissão Intergestora Bipartite-CIB Nº 146/2025 e as condições a seguir estabelecidas no presente Termo de Adesão:

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\$ 38.070,67** da conta da Assistência Farmacêutica Municipal, para a conta do Banco do Brasil nº ~~XXXXXXXXXX~~, 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\$ 41.061,93** 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° 07/2024, que traz o PASSO a PASSO para navegação no SISMED, no Portal da Assistência Farmacêutica da SESA por meio do link:

<https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Nota-Informativa-No-07-PASSO-A-PASSO-SISMED.pdf>

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



T.A. N° 133/2025

**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 em 03 (três) vias de igual forma e teor.

Fortaleza/CE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2025.



Luiz Otávio Sobreira Rocha Filho  
*Secretário Executivo Administrativo Financeiro*

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 - 2025

#### 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.

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

\_\_\_\_\_  
Prefeito(a) Municipal

\_\_\_\_\_  
Secretário(a) Municipal de Saúde

\_\_\_\_\_  
Gerente do Banco do Brasil

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](mailto: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