# NOTA INFORMATIVA Documentos PPI 2024



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 da PPI 2024.

## **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 49/2024, para assegurar o cumprimento da distribuição dos medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica Básica e Secundária referente ao 1º trimestre da PPI 2024; Considerando a Portaria GM/MS Nº 3.385, de 19 de março de 2024, que dispõe sobre o incremento excepcional do financiamento federal do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, no âmbito do Sistema Único de Saúde:

Considerando a Resolução CIB/CE Nº 66/2024 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 2024;

Considerando a Resolução CIB/CE Nº 67/2024, que aprova o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Secundária de responsabilidade das esferas estadual e municipal para o exercício de 2024

### DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS REFERENTES A COMPRA CENTRALIZADA DE MEDICAMENTOS - PPI 2024

#### 1. Termo de Adesão:

Deve ser enviado em 03 vias de cada programa (AFB e AFS), devidamente preenchido, NÃO datados, rubricadas as páginas e a última página assinada manualmente ou digitalmente (com certificado digital ou assinatura digital gratuita do gov), pelo Prefeito e Secretário de Saúde do Município;

#### 2. Autorização de Débito:

Deve ser enviado em 01 via de cada programa (AFB e AFS), devidamente preenchido, assinada manualmente ou digitalmente (com certificado digital ou assinatura digital gratuita do gov) pelo Prefeito, Secretário de Saúde Municipal e Gerente do Banco da conta do débito automático;

#### 3. Folha de Rosto:

Deve ser enviado em 01 via de cada programa (AFB e AFS) e devidamente preenchida

TODOS esses documentos devem ser devolvidos devidamente preenchidos e assinados às SR e ADS IMPRETERIVELMENTE até o dia 11 de maio de 2024.

# ORIENTAÇÕES PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DOS DOCUMENTOS:

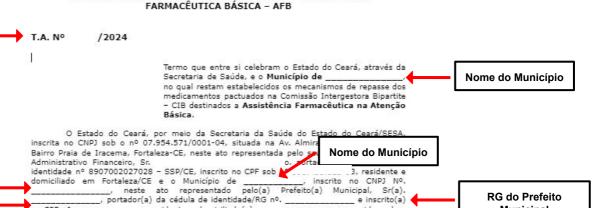
TERMO DE ADESÃO A COMPRA CENTRALIZADA - ASSISTÊNCIA

#### 1. TERMOS DE ADESÃO:

**NÃO NUMERAR!** 

CNPJ do Fundo Municipal de Saúde

Nome completo do Prefeito Municipal



Endereço do Prefeito

Municipal

#### CLÁUSULA TERCEIRA - DOS COMPROMISSOS DO MUNICÍPIO

no CPF nº , residente e domiciliado(a) em , considerando a regulação da transferência do incentivo da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e as Resoluções da Comissão Intergestora Bipartite-CIB Nº 146/2023 e Nº 66/2024, firmam o presente Termo de Acordo com as cláusulas e condições a seguir estat elecidas;

O Município se compromete a:

**CPF** do Prefeito

Municipal

- a) Incluir as ações de Assistência Farmacêutica no Plano Municipal de Saúde e demais instrumentos de gestão do SUS;
- b) Estruturar e organizar a Assistência Farmacêutica de acordo com as normativas Federais e Estaduais vigentes de Assistência Farmacêutica;
- c) Dispor obrigatoriamente de profissional farmacêutico para o desenvolvimento das ações de Assistência Farmacêutica, nos seus aspectos técnico-científico, operativo, informativo e de qualidade, inclusive no procedimento de dispensação, conforme legislação sanitária;
- d) Disponibilizar e apoiar a capacitação dos recursos humanos como instrumentos para garantia da qualidade dos serviços;
- 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\$\_\_\_\_\_, dá conta da Assistência Farmacêutica Municipal, para a conta do Banco do Brasil nº 58040-6, convênio nº 38592, agência nº 008-6, com a denominação "Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica";

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

Digitar o valor do depósito mensal do MS\*\* (população X contrapartida federal)/12 esses números estão disponíveis no SISMED Digitar o valor do débito mensal do município \* (população X contrapartida municipal)/12 esses números estão disponíveis no SISMED e na FOLHA DE ROSTO

Municipal

Digitar a data

escolhida

para o débito:

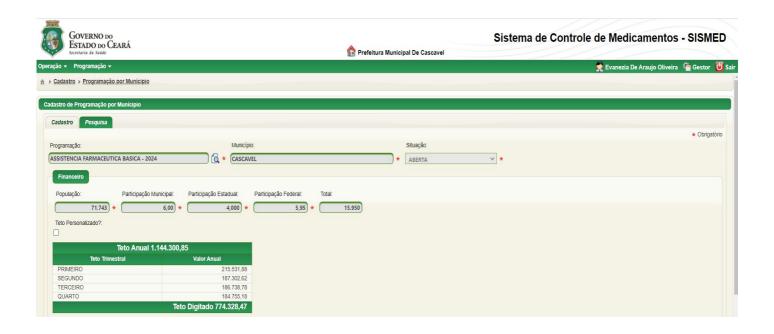
(10 ou 20)

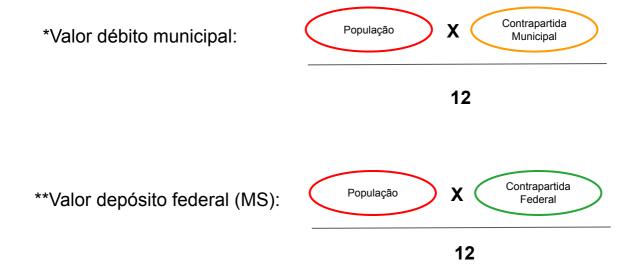
Para ter acesso no SISMED aos valores citados acima, basta acessar o link:

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.

As informações das contrapartidas encontram-se nas telas das programações da AFB e AFS do ano de 2024, como mostra a figura abaixo:





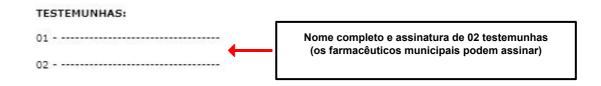
#### TERMO DE ADESÃO A COMPRA CENTRALIZADA - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA - AFB

NÃO NUMERAR! → T.A. Nº /2024

#### 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 2024. **NÃO DATAR! NÃO ASSINAR NESTE LOCAL** Representante da Secretaria da Saúde - SESA Assinatura do **Prefeito Municipal** Substituir pelo nome NOME DO PREFEITO POR EXTENSO completo do Prefeito Municipal Prefeito(a) Municipal Assinatura do Ciente, Secretário Municipal de Saúde Substituir pelo nome NOME DO SECRETÁRIO DE SAÚDE POR EXTENSO completo do Secretário Secretário(a) Municipal de Saúde Municipal de Saúde



#### 2. AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO:



#### ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA - AFB - 2024

#### AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO

Ao		
Banco do Brasil S/A		
Agência		
Nesta/		
Autorizamos esta agência nº Fundo Municipal de Saúde, no dia	- State of the sta	
Termo de Acordo firmado entre a Sec	retária de Saúde do Estado e a Secre	etaria Municipal de
Saúde de	_, CNPJ n°	, conforme
Comprometo-me, desde já, a manter sa Brasil S.A isento de qualquer responsa por insuficiência de saldo na data do ve	abilidade decorrente da não liquidação encimento.	o do compromisso
Em caso de dúvida ou reclamação s esclarecimentos diretamente à empres		res, devo solicitar
Estou ciente de que o Banco do Brasil presente prestação de serviço, median		tempo, cancelar a
Prefeito(a) Municipal	Secretário(a) Mur	nicipal de Saúde
Gerent	te do Banco do Brasil	

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

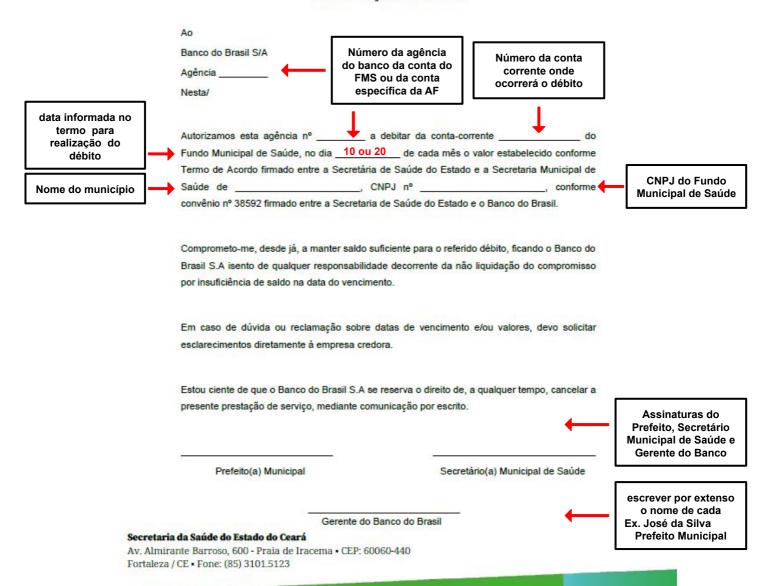
Av. Almirante Barroso, 600 - Praia de Iracema • CEP: 60060-440 Fortaleza / CE • Fone: (85) 3101.5123

#### 2. AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO:



#### ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA - AFB - 2024

#### **AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO**



#### 3. FOLHA DE ROSTO:



IDENTIFICAÇÃO AD \$ TIANGUÁ NOME DO PREFEITO:	MUNICIPIO	TIP	O DE AQUISIÇÃO
TIANGUÁ		THE	
ANGLESCO	CARMALIRA	☐ CENTRALIZADA	o de naciolónic
NOME DO PREFEITO:	CARNAUBAL	☐ DESCENTRALIZADA	
NOME SAUDE:			
ENDEREÇO DA SECRETARIA DA SAÚD	E:		
CEP: F	ONE:		
E-MAIL DA SECRETARIA:			
NOME DO FARMACÊUTICO:			FONE TRAB:
EMAIL DO FARMACÊUTICO:			CEL.:
	ETO FINANCEIRO POR CONTRA	APARTIDA DE ESFERA GOVERNA	MENTAL
CONTRAPARTIDA	Recurso Pactuado	População (b)	Valor Anual (c )
CONTRAPARTIDA	Necal so Pactaguo	Geral	axb
Municipal	5,00		88.030,00
Estadual	4,00	17.606	70.424,00
Federal	6,00	9	105.636,00
TOTAL (TETO FINANCEIRO)	15,00		264.090,00
VALOR MENSAL PARA TRANSFEI	PÊNCIA		
Valor da Transferência Mensal = populaçã		a municipal dividida por 12 (meses)	
Valor mensal R\$	7.335.83		
valor monearity	1.550,55		
COMO TRANSFERIR O VALOR ME	NSAL		
A Transferência Mensal ocorrerá segundo	o convênio nº 38592 firmado entre o mu	nicípio e o Banco do Brasil conforme const	a na Cláusula Terceira, alínea f, do Termo de
Acordo.			
Atenção A transferência municipal	será mensal e a entrega d	o medicamento será trimest	tral.
			IAS ORIGINAIS DEVIDAMENTE

#### ATENÇÃO!!

Preencha TODOS os dados solicitados e confira os valores de população, contrapartidas Municipal, Estadual e Federal.
Os valores da população da AFB e AFS não são necessariamente iguais.

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.

