

NOTA INFORMATIVA

Documentos PPI 2024

Nº 08 | 22/04/2024



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 da PPI 2024.**



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 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:

1. TERMOS DE ADESÃO:

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

NÃO NUMERAR!

T.A. Nº _____ /2024

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

Nome do Município

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 Bairo Praia de Iracema, Fortaleza-CE, neste ato representada pelo Sr. Administrativo Financeiro, Sr. _____, identidade nº 8907002027028 – SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado em Fortaleza/CE e o Município de _____, 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 _____, 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 estabelecidas:

Nome do Município

RG do Prefeito Municipal

CNPJ do Fundo Municipal de Saúde

Nome completo do Prefeito Municipal

CPF do Prefeito Municipal

Endereço do Prefeito Municipal

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS COMPROMISSOS DO MUNICÍPIO

O Município se compromete a:

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) **Disponibilizar** 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 a data escolhida para o débito: (10 ou 20)

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

Digitar o valor do depósito mensal do MS** (população X contrapartida federal)/12 esses números estão disponíveis no SIMMED

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:

Cadastro de Programação por Município

Programação: ASSISTENCIA FARMACEUTICA BASICA - 2024 *
Município: CASCAVEL *
Situação: ABERTA *

Financeiro

População: 71.743 *
Participação Municipal: 6,00 *
Participação Estadual: 4,000 *
Participação Federal: 5,95 *
Total: 15.950

Teto Personalizado?:

Teto Anual 1.144.300,85	
Teto Trimestral	Valor Anual
PRIMEIRO	215.531,88
SEGUNDO	187.302,62
TERCEIRO	186.738,78
QUARTO	184.755,18
Teto Digitado 774.328,47	

*Valor débito municipal:

$$\text{População} \times \text{Contrapartida Municipal}$$

12

**Valor depósito federal (MS):

$$\text{População} \times \text{Contrapartida Federal}$$

12

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!

Representante da Secretaria da Saúde – SESA

NÃO ASSINAR NESTE LOCAL

Substituir pelo nome completo do Prefeito Municipal

→ NOME DO PREFEITO POR EXTENSO
Prefeito(a) Municipal

Assinatura do Prefeito Municipal

Ciente,

Substituir pelo nome completo do Secretário Municipal de Saúde

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

Assinatura do Secretário Municipal de Saúde

TESTEMUNHAS:

01 -

02 -

Nome completo e assinatura de 02 testemunhas (os farmacêuticos municipais podem assinar)

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 _____ a debitar da conta-corrente _____ do Fundo Municipal de Saúde, no dia _____ 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.

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

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

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 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

3. FOLHA DE ROSTO:



FORMULÁRIO PARA PROGRAMAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA - AFB AJUSTADA AO TETO FINANCEIRO – 2023			
IDENTIFICAÇÃO			
ADS	MUNICÍPIO	TIPO DE AQUISIÇÃO	
TIANGUÁ	CARNAUBAL	<input type="checkbox"/> CENTRALIZADA <input type="checkbox"/> DESCENTRALIZADA	
NOME DO PREFEITO:			
NOME SAÚDE:			
ENDEREÇO DA SECRETARIA DA SAÚDE:			
CEP:	FONE:		
E-MAIL DA SECRETARIA:			
NOME DO FARMACÊUTICO:			FONE TRAB:
EMAIL DO FARMACÊUTICO:			CEL.:
TETO FINANCEIRO POR CONTRAPARTIDA DE ESFERA GOVERNAMENTAL			
CONTRAPARTIDA	Recurso Pactuado	População (b)	Valor Anual (c)
		Geral	a x b
Municipal	5,00	17.608	88.030,00
Estadual	4,00		70.424,00
Federal	6,00		105.636,00
TOTAL (TETO FINANCEIRO)	15,00		264.090,00
VALOR MENSAL PARA TRANSFERÊNCIA			
Valor da Transferência Mensal = população multiplicada pelo valor da contrapartida municipal dividida por 12 (meses)			
Valor mensal R\$	7.335,83		
COMO TRANSFERIR O VALOR MENSAL			
A Transferência Mensal ocorrerá segundo o convênio nº 38592 firmado entre o município e o Banco do Brasil conforme consta na Cláusula Terceira, alínea f, do Termo de Acordo.			
Atenção			
A transferência municipal será mensal e a entrega do medicamento será trimestral.			
A FOLHA DE ROSTO EM (01) UMA VIA E O TERMO DE ACORDO EM (03) TRÊS VIAS ORIGINAIS DEVIDAMENTE PREENCHIDAS, NÃO DATADAS E ASSINADAS DEVEM SER ENTREGUES NA ADS.			

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.



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE