



LEI Nº 1971 DE 01 DE SETEMBRO DE 2023

**“DISPÕE SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO
PROGRAMA MUNICIPAL DE FORNECIMENTO DE
LEITE ESPECIAL NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ
DOS QUATRO MARCOS - MT”**

O Prefeito Municipal de São José dos Quatro Marcos, Estado de Mato Grosso, Sr. **JAMIS SILVA BOLANDIN**, no uso de suas legais atribuições FAZ SABER que o Plenário das Deliberações da Câmara Municipal de São José dos Quatro Marcos, APROVOU em Sessão Ordinária e ele Prefeito SANCIONA a seguinte Lei:

Art. 1.º – Criar e implantar as Diretrizes para Fornecimento de leites especiais através da atenção básica do município, o qual deverá funcionar conforme as instruções e normas estabelecidas no **Anexo** deste regulamento.

Art. 2º - Fica a Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Quatro Marcos autorizada a adquirir leites especiais e fornecê-las única e exclusivamente às pessoas enfermas, intolerantes ou em vulnerabilidade social atestada pelo(a) assistente social da secretaria de saúde ou da secretaria de assistência social, cadastradas e residentes no município de São José dos Quatro Marcos-MT.

Parágrafo único: A População alvo desse benefício são pessoas em vulnerabilidade social com receituário médico do suplemento a ser fornecido e pessoas com deficiência, portadores de patologia associadas, compreendendo:

C 76	Neoplasia maligna de outras localizações e de localizações mal definidas
F 00	Demência na Doença de Alzheimer
F 01	Demência vascular



F 02.3	Demência na Doença de Parkinson
F 72	Retardo Mental Grave
G 82	Paraplegia e Tetraplegia
G 83.4	Síndrome de Cauda Equina
G 83.8	Outras Síndromes Paralíticas Especificadas
G 93.1	Lesão Encefálica Anóxia, não especificado como hemorrágico ou isquêmico
I 61	Hemorragia Intracerebral
I 64	Acidente Vascular Cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico
I 69	Sequelas de doenças cerebrovasculares
K 59.2	Cólon neurogênico
N 31.0	Bexiga neuropática não inibida
N 31.1	Bexiga neurogênica reflexa
N 39.4	Outras incontinências urinárias
Q 02	Microcefalia
R 19.4	Alteração do hábito intestinal
R 39	Outros sintomas e sinais relativos ao aparelho urinário
T 83	Complicações de dispositivos protéticos, implantes e enxertos geniturinários internos

✓



T 90	Sequela de Traumatismos da cabeça
T 90.5	Sequela de Traumatismo intracraniano
T 91	Sequela de Traumatismos do pescoço e do tronco
T 91.1	Sequela de fratura de coluna vertebral
	Outras patologias, mediante prescrição médica e vulnerabilidade social

Art. 3º - O Município repassará a quantidade da prescrição médica ou de um nutricionista em (unidades) ao mês garantindo parcial ou total auxílio para a manutenção a saúde ideal e à sua sobrevivência. Casos de exceção serão analisados conforme parecer da assistência social do município.

§ 1º - O fornecimento será realizado mediante a apresentação de solicitação médica ou de um nutricionista, que comprove a necessidade do uso dos leites especiais, a avaliação da assistente social para validação da condição financeira e o cadastramento junto à Secretaria Municipal da Saúde.

§ 2º - Os processos de renovação do pedido obrigatoriamente precederão a cada 6 meses mediante a apresentação de uma nova receita Médica ou da nutricionista (avaliação, chamamento individual).

§ 3º - A solicitação deverá ser apresentada junto à Assistência Social para a avaliação e abertura do processo.

§ 4º - Para ter direito ao acesso, o beneficiário deverá residir no município de São José dos Quatro Marcos-MT, devendo apresentar à Assistência Social, o comprovante de residência e o comprovante de renda caso o mesmo tenha.

Art. 4º - A Prefeitura Municipal através da Secretaria Municipal de Saúde poderá realizar também processo licitatório para a execução dos serviços apresentados neste regulamento.


Art. 5º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL
SÃO JOSÉ DOS QUATRO MARCOS



Gabinete do Prefeito Municipal de São José dos Quatro Marcos, Estado de Mato Grosso, 01 de Setembro de 2023.


JAMIS SILVA BOLANDIN
PREFEITO MUNICIPAL



ANEXO

DIRETRIZES PARA FORNECIMENTO DE LEITES ESPECIAIS NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS QUATRO MARCOS - MT.

INTRODUÇÃO

Como o Ministério da Saúde não disponibiliza nenhum programa que contempla subsídios para aquisição de leites especiais a pacientes com indicação de uso e idade abaixo de 2 anos e acima de 60 anos, a orientação é que o paciente ou algum familiar passe pela unidade básica de saúde e solicite a receita médica ou da equipe de nutrição. Após, irá procurar a secretaria municipal de saúde para orientações para a abertura do processo. O material será adquirido, por meio de processo de licitação e será entregue conforme a receita médica ou de um nutricionista, a qual deverá conter as informações de quantidade e tipo de leite a ser fornecido. Este fornecimento será mensal e em caso a quantidade não seja suficiente esta secretaria não portará nenhuma responsabilidade.

A Secretaria da Saúde poderá continuar com o fornecimento gratuito de leites especiais para esses pacientes – idosos ou crianças até dois anos – desde que assim que contemplado o prazo, seja realizado a reavaliação da necessidade de fornecimento. Este prazo será a cada 6 meses, pois situações como idade da criança altera a quantidade ou tipo para fornecimento adequado.

Caso o paciente venha não ter mais a necessidade de uso ou por óbito ou por qualquer outra mudança no comportamento de saúde as latas deverão ser devolvidas a esta secretaria.

A cada entrega mensal será fornecido para a família um termo de recebimento que deverá ser assinado pelo responsável da retirada. Também serão estabelecidos dias da semana para a retirada das mesmas. Facilitando assim o controle para esta secretaria.

DA INCLUSÃO AO PROGRAMA:

Serão beneficiadas por essa portaria todas as pessoas nas condições de que trata o item anterior;

Serão atendidos os pacientes provenientes dos Serviços Públicos Municipais de Saúde ou conveniados, e no caso de serem atendidos inicialmente por



Unidade Privada de Saúde, deverão procurar a Unidade de Saúde no Município para acompanhamento;

A solicitação inicial deverá ser pelo Médico/nutricionista da Rede Própria ou conveniada ao SUS, após avaliação e diagnóstico médico, sendo necessária a renovação semestral através da renovação do relatório médico ou nutricional;

O fornecimento de leite pela Secretaria de Saúde será realizado seguindo os critérios estabelecidos a seguir:

1. Os fornecimentos de leites especiais serão APENAS POR MOTIVOS DE SAÚDE, não serão atendidos em hipótese alguma, casos de ausência financeira e outros;

2. O fornecimento estará vinculado ao diagnóstico médico ou nutricional, que comprovará a necessidade da alimentação especial aos munícipes cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS);

3. O paciente passará em consulta médica ou nutricional, onde será avaliado pelo médico ou pelo nutricionista, que descreverá em relatório técnico o motivo e a necessidade do uso. Na solicitação deverá constar o nº do CID como também o estado geral do paciente e expectativa de melhora se houver;

4. A visita ao médico da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e/ou da UBS deverá ser agendada antes de completar os 06 (seis) meses para que não haja interrupção no fornecimento no caso de renovação;

5. O paciente deve residir no município de São José dos Quatro Marcos – MT.

6. Os pacientes totalmente acamados serão avaliados pelo médico ou enfermeiro em suas residências; para assim realizar o fornecimento da receita constando a quantidade de latas e o tipo de leite.

7. Receitas médicas/nutricional terão prazo de validade de 180 (cento e oitenta) dias a partir de sua emissão, conforme orientação da Portaria 111/2016 do MS;

9. O médico ou o nutricionista de referência do usuário deverá realizar a reavaliação no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, com o objetivo de definir a necessidade de continuidade ou suspensão do fornecimento de fraldas descartáveis;



10. Fica estabelecido que para a resolução de todas as questões relativas à distribuição dos leites especiais, o paciente e/ou responsável deverá procurar o Serviço Social da Secretaria de Saúde.

11. O profissional Assistente Social fará visita domiciliar a família caso seja necessário para realizar a avaliação sócio econômica do grupo familiar.

12. O paciente e/ou seu responsável assinará um termo de compromisso junto a Secretaria de Saúde, onde se comprometerá a comunicar o Serviço Social da Secretaria de Saúde, os casos de mudança de endereço e quando não houver mais necessidade das fraldas descartáveis;

13. Ao receber a quantidade mensal, o paciente ou responsável deverá assinar o Termo de Entrega de leite.

DA RENOVAÇÃO DO FORNECIMENTO:

Deverá ser apresentada a Prescrição médica ou do nutricionista atualizada em papel timbrado proveniente de serviços públicos de saúde devidamente preenchida com nome do paciente, data, descrição da patologia, indicação do CID, e quantidade de latas necessárias (número de mamadas diárias e em caso de sonda, quantas infusões serão feitas e o período das mesmas), constando o tipo de leite.

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).

DO DESLIGAMENTO DO PROGRAMA:

O desligamento do Programa dar-se-á por:

- a) Uso indevido do leite, evitando assim o desperdício;
- b) O não comparecimento para a retirada das latas de leite por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, implica na suspensão do benefício, salvo os casos devidamente justificados (ex: internação hospitalar);



- c) Ausência de renovação, após seis meses de atendimento.
- d) Alta médica/nutricional; e/ou
- e) Óbito do usuário.

Caso haja necessidade de desligamento voluntário do programa, esta poderá ser solicitada na unidade em que o paciente faz a retirada do material, mediante requerimento assinado.

DO FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO:

MÉDICO/NUTRICIONISTA (Prescrição Médica ou nutricional)

↓ **UBS/ESF** (Acolhimento e Preenchimento do Formulário de Solicitação de leite)

↓ **COORDENAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL DA SMS** (Cadastramento/aplicação questionário social/autorização) ↓ **UBS/ESF** (Dispensação no setor de origem/SMS/Farmácia Municipal)

1 - O paciente que necessite utilizar LEITES ESPECIAIS, deverá procurar a Unidade Básica de Saúde, Unidade de Saúde da Família, portando a Prescrição médica ou do nutricionista, contendo motivo, necessidade do uso e número do CID, além das cópias de seus documentos pessoais (RG, CPF, Cartão SUS e comprovante de residência);

2 - Com o FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE LEITES ESPECIAIS devidamente preenchido no setor de origem conforme perfil do paciente e deverá ser encaminhado para o setor competente, juntamente com cópias dos documentos pessoais acima citados;

3 - Após o cadastramento de pacientes originários das UBS e ESF, estes devem ser encaminhados para a Coordenação do Serviço Social da SMS, para a aplicação do questionário social;

4 - Cumprida todas as etapas anteriores os pacientes cadastrados serão avaliados quanto aos critérios exigidos por essa portaria, podendo ser autorizado ou não o fornecimento das LATAS DE LEITE;

5 - As latas deverão ser fornecidas enquanto perdurar a necessidade, atestada por profissional competente, cabendo ao paciente ou responsável a atualização semestral do relatório médico para manutenção do cadastro.



DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A ABERTURA DO PROCESSO

Os Pacientes ou responsáveis deverão providenciar os documentos abaixo relacionados sendo sempre Original e 01 (uma) cópia simples:

Receita médica com o nº. do CID e data, descrevendo o tipo de leite e a quantidade; Formulário de Solicitação de Leites Especiais, preenchido pelo médico; RG, CPF e cartão SUS do paciente; (caso não tenha RG e CPF – será necessário a certidão de nascimento); Em caso de responsável pelo paciente, apresentar Cartão do SUS, RG e CPF; Comprovante de residência atualizado em nome do paciente ou do seu responsável.

OBS.: Os documentos deverão ser entregues na Secretaria Municipal de Saúde, no endereço: Rua Ceará, nº 485, Jardim Santa Rosa; de 3ª e 5ª feira no horário das 7 às 11 horas.



TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____ Inscrito no
CPF _____ declaro ter conhecimento das obrigações que tenho de
cumprir para poder receber o item abaixo descrito.

Comprometo informar o setor de Serviço Social da Secretaria de Saúde, em caso de óbito ou não haver mais a necessidade do fornecimento das latas de leite para o paciente.

Declaro ainda que tenho ciência que o descumprimento do compromisso ora firmado, acarretará em prejuízo a outros pacientes que necessitam dos materiais.

São José dos Quatro Marcos, ____ / ____ / ____.

Assinatura do paciente / representante
CPF:

Estado de Mato Grosso
Prefeitura Municipal de São José dos Quatro Marcos.
Secretaria Municipal de Saúde



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

1. Identificação do Paciente:

Nome: _____

Data Nascimento: Idade: Sexo () F () M

CPF:

Cartão do SUS:

RG:

Endereço:

Fone:

2. Dados da Unidade de Referência:

Unidade Básica de Saúde:

Médico (a) Responsável:

Nutricionista (a) Responsável:

Agente Comunitário de Saúde:

DIAGNÓSTICO (OBRIGATÓRIO ASSINALAR O CID -10 DA PATOLOGIA)

PATOLOGIAS ASSOCIADAS

C 76	Neoplasia maligna de outras localizações e de localizações mal definidas
F 00	Demência na Doença de Alzheimer
F 01	Demência vascular
F 02.3	Demência na Doença de Parkinson
F 72	Retardo Mental Grave
G 82	Paraplegia e Tetraplegia
G 83.4	Síndrome de Cauda Equina
G 83.8	Outras Síndromes Paralíticas Especificadas



G 93.1	Lesão Encefálica Anóxia, não especificado como hemorrágico ou isquêmico
I 61	Hemorragia Intracerebral
I 64	Acidente Vascular Cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico
I 69	Sequelas de doenças cerebrovasculares
K 59.2	Cólon neurogênico
N 31.0	Bexiga neuropática não inibida
N 31.1	Bexiga neurogênica reflexa
N 39.4	Outras incontinências urinárias
Q 02	Microcefalia
R 19.4	Alteração do hábito intestinal
R 39	Outros sintomas e sinais relativos ao aparelho urinário
T 83	Complicações de dispositivos protéticos, implantes e enxertos geniturinários internos
T 90	Sequela de Traumatismos da cabeça
T 90.5	Sequela de Traumatismo intracraniano
T 91	Sequela de Traumatismos do pescoço e do tronco
T 91.1	Sequela de fratura de coluna vertebral
	Outras patologias, mediante prescrição médica e vulnerabilidade social



REQUERIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE RECEITA

Eu,.....
RG....., responsável pelo paciente Sr (a)
....., Cartão SUS n.º
....., requeiro a alteração da receita de fornecimento de
leite:

São José dos Quatro Marcos- MT, ____ / ____ / ____

Assinatura do requerente
CPF:



QUESTIONÁRIO SOCIAL PARA PERFIL DE USUÁRIOS.

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___.

Endereço: _____ N° _____

Bairro: _____ Telefone: _____

CID da doença: _____, _____, _____.

Quantas pessoas residem no domicílio? _____.

Renda familiar: (Salário) (Auxílio Doença) (Aposentadoria) (Pensionista) (BPC).

Total de rendimentos mensal da família: _____.

Renda familiar média: _____.

Tipo de imóvel: Casa () Apartamento () Outros (): _____.

Próprio () Alugado () Cedido () Outros: _____.

Carimbo e Assinatura do Assistente social

São José dos Quatro Marcos-MT, _____ de _____ de _____.