PREFEITURA DE ARAGUARI
GABINETE DO PREFEITO

PROJETO DE LEI Nº 14 /2021.

"Ratifica o valor de complementação, adotado pelo Poder Executivo, através da Secretaria de Saúde, para efeito de complementação financeira para remuneração de médicos plantonistas da rede hospitalar, para cobertura assistencial durante 24 (vinte e quatro) horas, como parte integrante do Plano de Resposta Hospitalar Municipal e de Contingenciamento Operativo – COVID-19 (Decreto Municipal nº 059/2020), dando outras providências."

A Câmara Municipal de Araguari, Estado de Minas Gerais, aprova e eu, Prefeito, sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica ratificado o valor de complementação, adotado pelo Poder Executivo, através da Secretaria de Saúde, para efeito de complementação financeira para remuneração de médicos plantonistas da rede hospitalar, para cobertura assistencial durante 24 (vinte e quatro) horas, como parte integrante do Plano de Resposta Hospitalar Municipal e de Contingenciamento Operativo – COVID-19 (Decreto Municipal nº 059/2020), enquanto perdurar a situação de emergência em saúde, a fim de assegurar o atendimento público de saúde para enfrentamento da pandemia de consequência internacional decorrente do COVID-19.

Parágrafo único. A complementação financeira de que trata o caput deste artigo, nos termos da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, respeitado o limite financeiro disponibilizado, deverá ser realizada com recursos próprios do Município de Araguari, sendo vedada a utilização de recursos federais para essa finalidade.

Art. 2º O valor da complementação financeira de que trata a presente Lei, será de R$300,00 (trezentos reais) por plantão de 12 (doze) horas, devendo ser garantida cobertura assistencial por médico plantonista durante 24 (vinte e quatro) horas no estabelecimento hospitalar a ser contratado pelo Município de Araguari, através da Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo único. A complementação financeira de que trata o caput deste artigo, será exclusivamente para leitos de pacientes clínicos não Covid, com o objetivo único de propiciar ou aumentar a capacidade da rede hospitalar municipal de leitos Covid.

Art. 3º A Secretaria Municipal de Saúde submeterá o valor da complementação financeira ao Conselho Municipal de Saúde e informará à Comissão Intergestores Bipartide – CIB o valor praticado em seu território.

Art. 4º Os efeitos constantes nesta Lei, vigorarão pelo prazo de até 60 (sessenta) dias a contar da implementação da contratação ou, havendo a necessidade de sua prorrogação, o pagamento do valor de complementação poderá ocorrer enquanto perdurar o índice igual ou superior a 80% (oitenta por cento) de ocupação de leitos de UTI Covid na rede hospitalar municipal, ficando condicionado à disponibilidade de recurso financeiro para cobrir os gastos correlatos.

Art. 5º As despesas com a execução da presente Lei, correrão à conta dos recursos próprios do Município, devendo onerar a ficha 437, fonte 102, dotação orçamentária 02.11..10.302.0017.2082.3.3.90.39.00.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se todas as disposições em contrário.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUARI, Estado de Minas Gerais, em 26 de fevereiro de 2021.

Renato Carvalho Fernandes
Prefeito

Soraya Ribeiro de Moura
Secretária de Saúde

JUSTIFICATIVA:

Senhor Presidente e Senhores Vereadores,

Estamos enviando a esta Casa Legislativa para apreciação de Vossas Excelências o incluso Projeto de Lei que "Ratifica o valor de complementação, adotado pelo Poder Executivo, através da Secretaria de Saúde, para efeito de complementação financeira para remuneração de médicos plantonistas da rede hospitalar, para cobertura assistencial durante 24 (vinte e quatro) horas, como parte integrante do Plano de Resposta Hospitalar Municipal e de Contingenciamento Operativo – COVID-19 (Decreto Municipal nº 059/2020), dando outras providências."

Diante do atual cenário epidemiológico decorrente da pandemia de importância internacional decorrente do COVID-19, o Município de Araguari, por meio da edição do Decreto Municipal nº 059/2020, aprovou o Plano de Resposta Hospitalar e o Plano de Contingência Operativo – COVID-19 elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com a rede privada hospitalar de saúde para enfrentamento da pandemia.

Ressalta-se, ainda, que os leitos de enfermaria e UTI do hospital Santa Casa de Misericórdia de Araguari chegaram ao limite de suas capacidades, sendo necessária a contratação de um número maior leitos clínicos e respectiva manutenção de médicos plantonistas durante o período de 24 (vinte e quatro) horas para atender a demanda de internação clínica de pacientes da Unidade de Pronto Atendimento que aguardam transferência para tratamento hospitalar, para que desta forma seja viabilizada a operacionalização do Plano de Contingência de Enfretamento à Pandemia.

Assim, para o adequado planejamento das ações de saúde, em função dos acontecimentos recentes que apontam real colapso no sistema de saúde local e regional, constitui providência urgente e necessária ratificar o valor de complementação financeira para remuneração de médicos plantonista, em vista da escassez de mão-de-obra e da demanda por recursos humanos na área da saúde que aumentou o valor de plantão devido à pandemia. Assim, a atual situação enfrentada pelo Município e região exigem que sejam adotadas medidas rápidas para viabilizar o aumento de leitos disponíveis aos usuários do SUS.

Importante ressaltar que a adoção do valor da complementação financeira atende aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, levando-se em consideração as circunstâncias atuais, sendo compatíveis com os preços praticados no mercado, conforme expresso no ofício nº 0593/2021 – SMS.

Sob o ponto de vista legal, o inciso I, do art. 30, da Constituição Federal de 1988, assim como o inciso I do art. 15 da Lei Orgânica do Município dispõem que cabe aos Municípios legislar sobre assuntos de interesse local. Referente a prestação de serviços de saúde, a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, tratam do planejamento e remuneração dos serviços de saúde pela direção única do SUS em cada esfera de gestão. Por fim, a Portaria Consolidada nº 6, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde que autoriza a adoção de tabela diferenciada para remuneração de serviços assistenciais de saúde para efeito de complementação financeira dos valores da tabela SUS aos Municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema.

Dessa forma, considerando a relevância da matéria tratada no enfocado Projeto de Lei solicitamos a Vossas Excelências a sua aprovação nos moldes em que se encontra redigido, solicitando mais que seja adotado nos seus trâmites o regime de urgência com dispensas dos interstícios regimentais.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUARI, Estado de Minas Gerais, em 26 de fevereiro de 2021.

Renato Carvalho Fernandes
Prefeito

PREFEITURA DE ARAGUARI
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Doutor Afranio, 161 - Centro - Araguari - MG - 38.440-072
Telefone: (34) 3690-3005 - E-mail: secsaude@araguari.mg.gov.br

Ofício nº 0593/2021 - SMS

Araguari, 26 de fevereiro de 2021.

Ao Senhor
Leonardo Furtado Borelli
Procurador Geral do Município
Araguari - MG

Assunto: **Solicitação.**

Senhor Procurador,

1. Com cordiais cumprimentos, serve o presente para solicitar a aprovação através de projeto de lei de complementação no valor de R$300,00 por plantão médico, para que o Hospital Santo Antônio possa atender os pacientes clínicos inseridos no SUS Fácil, dessa forma liberaria leitos clínicos do Hospital Santa Casa para atendimento de leitos de enfermaria COVID 19 e leitos de UTI COVID 19.

2. O Hospital Santo Antônio condicionou o atendimento aos pacientes clínicos somente se o município de Araguari pagar por esses leitos o valor da AIH dobrado, o encaminhamento clínico e a complementação de R$300,00 para custear o valor pago ao plantonista, visto a escassez de profissional médico no mercado e aumento do valor de plantão devido a pandemia.

3. A atual situação epidemiológica do município de Araguari e região exige que sejam tomadas medidas rápidas de aumento de leitos hospitalares.

4. Sem outro particular, colocamo-nos à inteira disposição de Vossa Senhoria para qualquer outro esclarecimento que venha a se fazer necessário, reiterando protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

Soraya Ribeiro de Moura
Secretária Municipal de saúde
SMS / Araguari-MG

SORAYA RIBEIRO DE MOURA
Secretária Municipal de Saúde

RECEBEMOS
Em 26/02/21
Horário: 15:16
Raquel
GABINETE DO PREFEITO

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUARI
CORREGEDORIA RECEBIDO
Data: 26/02/21
Horário: 15:15
PROCURADORIA

ADVERTÊNCIA
Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

+ SUMÁRIO

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 6, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017

Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

O **MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE,** no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, incisos I e II, da Constituição, resolve:

Art. 1º O financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde dar-se-ão na forma de blocos de financiamento com o respectivo monitoramento e controle. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 1º)

TÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 204/2007, CAPÍTULO I)

~~**Art. 2º** O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 2º)~~

Art. 2º O financiamento das ações e serviços públicos de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), observado o disposto na Constituição Federal, na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e na Lei Orgânica da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)

~~**Art. 3º** Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 3º)~~

~~**Parágrafo Único.** Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 3º, Parágrafo Único)~~

~~**Art. 3º** Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)~~

~~**I -** Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)~~

~~**II -** Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)~~

Art. 3º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: (Redação dada pela PRT GM/MS n° 828 de 14.04.2020)

I - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e (Redação dada pela PRT GM/MS n° 828 de 14.04.2020)

II - Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 828 de 14.04.2020)

§ 1º Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento serão transferidos, fundo a fundo, de forma regular e automática, em conta corrente específica e única para cada Bloco, mantidas em instituições financeiras oficiais federais e movimentadas conforme disposto no Decreto nº 7.507, de 27 de junho de 2011.(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)

§ 2º Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde relacionados ao próprio bloco, devendo ser observados:(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)

I - a vinculação dos recursos, ao final do exercício financeiro, com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que deu origem aos repasses realizados;(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)

II - o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual do Estado, do Distrito Federal e do Município submetidos ao respectivo Conselho de Saúde; e(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)

III - o cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos expedidos pela direção do Sistema Único de Saúde - SUS em sua respectiva esfera de competência.(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)

§ 3º A vinculação de que trata o inciso I do § 2º é válida até a aplicação integral dos recursos relacionados a cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que deu origem ao repasse, ainda que em exercício diverso daquele em que ocorreu o ingresso no fundo de saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município.(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)

§ 4º Enquanto não forem investidos na sua finalidade, os recursos de que trata este artigo deverão ser automaticamente aplicados em fundos de aplicação financeira de curto prazo, lastreados em títulos da dívida pública federal, com resgates automáticos, observado o disposto no art. 1122.(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)

§ 5º Os rendimentos das aplicações financeiras de que trata o § 4º serão obrigatoriamente aplicados na execução de ações e serviços públicos de saúde relacionados ao respectivo Bloco de Financiamento, estando sujeitos às mesmas finalidades, regras e condições de prestação de contas exigidas para os recursos transferidos.(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)

~~**Art. 4º** Ficam estabelecidos os seguintes blocos de financiamento: (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 4º)~~

~~**I -** Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 4º, I)~~

~~**II -** Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 4º, II)~~

~~**III -** Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 4º, III)~~

~~**IV -** Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 4º, IV)~~

~~**V -** Gestão do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 4º, V)~~

~~**VI -** Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 4º, VI) (dispositivo acrescentado pela Portaria nº 837/GM/MS, de 23 de abril de 2009)~~

~~**Parágrafo Único.** Os recursos financeiros a serem transferidos por meio do bloco de investimentos na Rede de Serviços de Saúde de que trata o inciso VI deste artigo destinar-se-ão, exclusivamente, às despesas de capital. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 4º, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela Portaria nº 837/GM/MS, de 23 de abril de 2009)~~

MS/GM 699/2006, Art. 5º, § 3º)

Art. 1130. São normas para a definição, alteração e suspensão dos valores do Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 7º)

I - a alocação do recurso referente ao Bloco Financeiro de Média e Alta Complexidade da Assistência será definido de acordo com a Programação Pactuada e Integrada - PPI; (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 7º, I)

II - a alteração no valor do recurso Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal, deve ser aprovada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhada ao Ministério da Saúde para publicação; e (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 7º, II)

III - as transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para estados, DF e municípios serão suspensas nas seguintes situações: (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 7º, III)

a) não pagamento dos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS, exceto as situações excepcionais devidamente justificadas; (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 7º, III, a)

b) falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, no prazo de um ano; e (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 7º, III, b)

c) indicação de suspensão decorrente de relatório da Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do município, Distrito Federal ou estado envolvido. (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 7º, III, c)

Seção II

Das Condições e Circunstâncias que Permitem a Realização de Saques para Pagamento em Dinheiro a Pessoas Físicas que Não Possuam Conta Bancária ou Saques para Atender a Despesas de Pequeno Vulto

Art. 1131. Esta Seção regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o § 5º do art. 2º do Decreto nº 7.507, de 27 de junho de 2011, para estabelecer as condições e circunstâncias que permitem a realização de saques para pagamento em dinheiro a pessoas físicas que não possuam conta bancária ou saques para atender a despesas de pequeno vulto. (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 1º)

Art. 1132. Para os fins do disposto no art. 1131, será permitida a realização de saques apenas para os fins de realização de ações de investigação de surtos, epidemias e outras emergências em saúde pública, devidamente configurada, mediante o emprego de recursos financeiros transferidos do Fundo Nacional de Saúde para esta finalidade específica. (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 2º)

Art. 1133. Os saques em dinheiro para pagamento de despesas de pequeno vulto ficam limitados ao montante total de 10% (dez por cento) do valor estabelecido na alínea "a" do inciso II do art. 23 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, a cada exercício financeiro. (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 3º)

Art. 1134. O valor unitário de cada pagamento feito com o montante total sacado, nos termos do art. 1133, não poderá ultrapassar o limite de 1% (um por cento) do valor estabelecido na alínea "a" do inciso II do art. 23 da Lei nº 8.666, de 1993, vedado o fracionamento de despesa ou do documento comprobatório. (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 4º)

Art. 1135. O Fundo Nacional de Saúde adotará as providências necessárias para efetuar as transferências de recursos para as instituições financeiras oficiais federais de que trata o caput do art. 2º do Decreto nº 7.507, de 2011. (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 5º)

Art. 1136. O Sistema Nacional de Auditoria acompanhará, com fundamento nos relatórios de gestão, a conformidade da aplicação dos recursos transferidos mediante a análise de sua movimentação por meio das instituições financeiras oficiais federais de que trata o art. 1135. (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 6º)

Art. 1137. Os saques em dinheiro para pagamento de despesas de pequeno vulto em conta aberta pelo Fundo Nacional de Saúde para transferência de recursos financeiros aos Fundos de Saúde dos demais entes federativos na modalidade "fundo a fundo", na forma prevista no art. 1132, serão justificados e incluídos em itens específicos na Tomada de Contas Anual apresentada ao Tribunal de Contas do Estado ou Tribunal de Contas do Município, conforme o caso, bem como relacionadas no Relatório Anual de Gestão (RAG) a ser submetido à apreciação do Conselho de Saúde competente. (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 6º-A)

Art. 1138. Fica vedada a movimentação de recursos financeiros em conta aberta pelo Fundo Nacional de Saúde para transferência de recursos financeiros aos fundos de saúde dos demais entes federativos na modalidade "fundo a fundo" para pagamento de despesas por meio de emissão de cheque. (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 6º-B)

Art. 1139. Os recursos de custeio repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos demais entes federativos na modalidade "fundo a fundo", enquanto não empregados na finalidade para que foram repassados, serão obrigatoriamente aplicados em instituição financeira pública federal, por meio da conta aberta pelo Fundo Nacional de Saúde, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 6º-C)

I - em caderneta de poupança, se a previsão de utilização do recurso financeiro for igual ou superior a 1 (um) mês; e (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 6º-C, I)

II - em fundo de aplicação financeira de curto prazo ou operação de mercado aberto lastreado em título da dívida pública, quando sua utilização estiver prevista para prazos menores ao disposto no inciso I do caput. (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 6º-C, II)

§ 1º Os rendimentos das aplicações financeiras somente poderão ser aplicados na finalidade prevista para o programa objeto do repasse, devendo ser identificados e incluídos na Tomada de Contas Anual apresentada ao Tribunal de Contas do Estado ou ao Tribunal de Contas do Município, conforme o caso, bem como relacionadas no RAG a ser submetido à apreciação do Conselho de Saúde competente. (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 6º-C, § 1º)

§ 2º As receitas oriundas dos rendimentos da aplicação no mercado financeiros não poderão ser computadas como contrapartida do respectivo ente federativo. (Origem: PRT MS/GM 2707/2011, Art. 6º-C, § 2º)

CAPÍTULO II

DA TABELA DIFERENCIADA PARA REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE

Art. 1140. Os estados, Distrito Federal e municípios que adotarem tabela diferenciada para remuneração de serviços assistenciais de saúde deverão, para efeito de complementação financeira, empregar recursos próprios estaduais e/ou municipais, sendo vedada a utilização de recursos federais para esta finalidade. (Origem: PRT MS/GM 1606/2001, Art. 1º)

Art. 1141. A utilização de tabela diferenciada para remuneração de serviços de saúde não poderá acarretar, sob nenhuma circunstância, em discriminação no acesso ou no atendimento dos usuários referenciados por outros municípios ou estados no processo de Programação Pactuada Integrada (PPI). (Origem: PRT MS/GM 1606/2001, Art. 2º)

Parágrafo Único. Para evitar a que o Tesouro Municipal seja onerado pelos serviços prestados a cidadãos de outros municípios, os gestores municipais que decidirem por complementar os valores da tabela nacional de procedimentos deverão buscar, em articulação com os gestores dos municípios que utilizem sua rede assistencial, a implementação de mecanismos de cooperação para a provisão dos serviços. (Origem: PRT MS/GM 1606/2001, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 1142. Os municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) deverão informar, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, à respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB), as alterações a serem efetuadas nos valores das tabelas. (Origem: PRT MS/GM 1606/2001, Art. 3º)

CAPÍTULO III

DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS, ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

Art. 1143. Fica estabelecido que, para fins de financiamento dos procedimentos hemodialíticos às pessoas com sorologia positiva para hepatite B ou hepatite C, os gestores dos estados, municípios e Distrito Federal deverão enviar ao Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde- Departamento de Atenção Especializada e Temática/Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade ofício com a aprovação e relação dos respectivos serviços habilitados e que realizam o descarte dos dialisadores e linhas arteriais e venosas para todos os procedimentos hemodialíticos em paciente com sorologia positiva para hepatite B ou hepatite C, a partir de 13 de março de 2015. (Origem: PRT MS/GM 584/2015, Art. 3º)

Parágrafo Único. Para fins de que trata o caput, considera-se sorologia positiva para hepatite B e hepatite C os resultados de exames sanguíneos positivos para HbsAg e Anti HCV, respectivamente. (Origem: PRT MS/GM 584/2015, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 1144. Os estabelecimentos de saúde autorizados a prestarem a atenção à saúde às pessoas com Doença Renal Crônica no âmbito do SUS, incluindo-se a realização dos procedimentos hemodialíticos às pessoas com sorologia positiva para hepatite B ou hepatite C, estarão submetidos igualmente às regras de regulação, controle e avaliação por parte dos respectivos gestores, conforme estabelecido no art. 90 do Anexo IV da Portaria de Consolidação nº 3. (Origem: PRT MS/GM 584/2015, Art. 4º)

Art. 1145. Fica estabelecido que o custeio dos procedimentos hemodialíticos às pessoas com sorologia positiva para hepatite B ou hepatite C será financiado por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), após a apuração da produção no Banco de Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). (Origem: PRT MS/GM 584/2015, Art. 5º)

Art. 1146. Fica estabelecido que os recursos orçamentários referentes aos procedimentos hemodialíticos às pessoas com sorologia positiva para hepatite B ou hepatite C corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade e 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 584/2015, Art. 6º)

CAPÍTULO IV

DO MONITORAMENTO E CONTROLE DOS RECURSOS FINANCEIROS TRANSFERIDOS FUNDO A FUNDO
(Origem: PRT MS/GM 204/2007, CAPÍTULO III)

~~**Art. 1147.** A comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, far-se-á para o Ministério da Saúde, mediante relatório de gestão, que deve ser elaborado anualmente e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 32)~~

~~**§ 1º** A regulamentação do Relatório de Gestão encontra-se na Norma Consolidadora dos Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde, da Organização e do Funcionamento do SUS. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 32, § 1º)~~

~~**§ 2º** A regulamentação do fluxo para a comprovação da aplicação dos recursos fundo a fundo, objeto da Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, será realizada em portaria específica, no prazo de 60 (sessenta) dias. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 32, § 2º)~~

Art. 1147. Sem prejuízo de outras formas de controle realizadas pelo Ministério da Saúde, a comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios far-se-á, para o Ministério da Saúde, por meio do Relatório de Gestão, que deve ser elaborado anualmente e submetido ao respectivo Conselho de Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)

Parágrafo único. A regulamentação do Relatório de Gestão encontra-se na Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre direitos e deveres dos usuários da saúde, da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)

~~**Art. 1148.** Os órgãos de monitoramento, regulação, controle e avaliação do Ministério da Saúde devem proceder à análise dos relatórios de gestão, com vistas a identificar situações que possam subsidiar a atualização das políticas de saúde, obter informações para a tomada de decisões na sua área de competência e indicar a realização de auditoria e fiscalização pelo componente federal do SNA, podendo ser integrada com os demais componentes. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 33)~~

Art. 1148. Os órgãos e entidades finalísticos responsáveis pela gestão técnica das políticas de saúde e os órgãos responsáveis pelo monitoramento, regulação, controle e avaliação dessas políticas devem acompanhar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e proceder à análise dos Relatórios de Gestão, com vista a identificar informações que possam subsidiar o aprimoramento das políticas de saúde e a tomada de decisões na sua área de competência. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)

Parágrafo único. Sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo e do disposto no Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, sempre que constatadas irregularidades, os órgãos e entidades de que trata o caput devem indicar a realização de auditoria e fiscalização específica pelo componente federal do Sistema Nacional de Auditoria - SNA que, sempre que possível, deverá atuar de maneira integrada com os demais componentes. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)

Art. 1149. As despesas referentes ao recurso federal transferido fundo a fundo devem ser efetuadas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da Administração Pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento), mantendo a respectiva documentação administrativa e fiscal pelo período mínimo legal exigido. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 34)

~~**Art. 1150.** Os recursos que formam cada bloco e seus respectivos componentes, bem como os montantes financeiros transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, devem estar expressos em memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento, respeitada a especificidade de cada bloco conforme modelos constantes no Anexo I (a, b, c, d, e). (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 35)~~

~~**Art. 1150.** Para fins de transparência, registro de série histórica e monitoramento, bem como em observância ao disposto no inciso VII do caput do art. 5º do Decreto nº 3.964, de 10 de outubro de 2001, a Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS divulgará, em seu sítio eletrônico, as informações sobre as transferências de recursos federais aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o custeio e investimento de ações e serviços públicos de saúde, organizando-as e identificando-as por grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação, tais como: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)~~

~~**I - Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde:** (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)~~

~~**a)** Atenção Básica; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)~~

~~**b)** Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)~~

~~**c)** Assistência Farmacêutica; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)~~

~~**d)** Vigilância em Saúde; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)~~

~~**e)** Gestão do SUS; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)~~

~~**II - Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde:** (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)~~

~~**a)** Atenção Básica (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)~~

~~**b)** Atenção Especializada (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)~~

~~**c)** Vigilância em Saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)~~

~~**d)** Gestão e desenvolvimento de tecnologias em Saúde no SUS; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)~~

~~**e)** Gestão do SUS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)~~

Art. 1150. Para fins de transparência, registro de série histórica e monitoramento, bem como em observância ao disposto no inciso VII do caput do art. 5º do Decreto nº 3.964, de 10 de outubro de 2001, a Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS divulgará em seu sítio eletrônico as informações sobre os recursos federais transferidos aos Estados, ao Distrito Federal

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

Vide Emenda Constitucional nº 91, de 2016

Vide Emenda Constitucional nº 106, de 2020

Emendas Constitucionais

Emendas Constitucionais de Revisão

Vide Emenda Constitucional nº 107, de 2020

Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

Atos decorrentes do disposto no § 3º do art. 5º

ÍNDICE TEMÁTICO

Texto compilado

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.

TÍTULO I
DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

⚖ Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

I - a soberania;

II - a cidadania;

III - a dignidade da pessoa humana;

IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; (Vide Lei nº 13.874, de 2019)

V - o pluralismo político.

Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.

⚖ Art. 2º São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário.

⚖ Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;

II - garantir o desenvolvimento nacional;

III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

§ 1º A Câmara Municipal não gastará mais de setenta por cento de sua receita com folha de pagamento, incluído o gasto com o subsídio de seus Vereadores. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 25, de 2000)

§ 2 º Constitui crime de responsabilidade do Prefeito Municipal: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 25, de 2000)

I - efetuar repasse que supere os limites definidos neste artigo; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 25, de 2000)

II - não enviar o repasse até o dia vinte de cada mês; ou (Incluído pela Emenda Constitucional nº 25, de 2000)

III - enviá-lo a menor em relação à proporção fixada na Lei Orçamentária. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 25, de 2000)

§ 3 º Constitui crime de responsabilidade do Presidente da Câmara Municipal o desrespeito ao § 1 º deste artigo. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 25, de 2000)

Art. 30. Compete aos Municípios:

I - legislar sobre assuntos de interesse local;

II - suplementar a legislação federal e a estadual no que couber; (Vide ADPF 672)

III - instituir e arrecadar os tributos de sua competência, bem como aplicar suas rendas, sem prejuízo da obrigatoriedade de prestar contas e publicar balancetes nos prazos fixados em lei;

IV - criar, organizar e suprimir distritos, observada a legislação estadual;

V - organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local, incluído o de transporte coletivo, que tem caráter essencial;

~~VI - manter, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, programas de educação pré-escolar e de ensino fundamental;~~

VI - manter, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, programas de educação infantil e de ensino fundamental; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 53, de 2006)

VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;

VIII - promover, no que couber, adequado ordenamento territorial, mediante planejamento e controle do uso, do parcelamento e da ocupação do solo urbano;

IX - promover a proteção do patrimônio histórico-cultural local, observada a legislação e a ação fiscalizadora federal e estadual.

Art. 31. A fiscalização do Município será exercida pelo Poder Legislativo Municipal, mediante controle externo, e pelos sistemas de controle interno do Poder Executivo Municipal, na forma da lei.

§ 1º O controle externo da Câmara Municipal será exercido com o auxílio dos Tribunais de Contas dos Estados ou do Município ou dos Conselhos ou Tribunais de Contas dos Municípios, onde houver.

§ 2º O parecer prévio, emitido pelo órgão competente sobre as contas que o Prefeito deve anualmente prestar, só deixará de prevalecer por decisão de dois terços dos membros da Câmara Municipal.

§ 3º As contas dos Municípios ficarão, durante sessenta dias, anualmente, à disposição de qualquer contribuinte, para exame e apreciação, o qual poderá questionar-lhes a legitimidade, nos termos da lei.

§ 4º É vedada a criação de Tribunais, Conselhos ou órgãos de Contas Municipais.

CAPÍTULO V
DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS
SEÇÃO I
DO DISTRITO FEDERAL

Art. 32. O Distrito Federal, vedada sua divisão em Municípios, reger- se-á por lei orgânica, votada em dois turnos com interstício mínimo de dez dias, e aprovada por dois terços da Câmara Legislativa, que a promulgará, atendidos os princípios estabelecidos nesta Constituição.

§ 1º Ao Distrito Federal são atribuídas as competências legislativas reservadas aos Estados e Municípios.

Leis Municipais
www.LeisMunicipais.com.br

LEI ORGÂNICA

LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE ARAGUARI/MG.

PREÂMBULO

Confiando em DEUS, observando os princípios estabelecidos na Constituição da República Federativa do Brasil, na Constituição do Estado de Minas Gerais e, atendendo ainda a mais pura expressão da alma de nosso povo, Nós, Vereadores, reunidos na Câmara Municipal, promulgamos a seguinte Lei Orgânica do Município de Araguari:

TITULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES.

Art. 1º O Município de Araguari integra com autonomia política, administrativa e financeira, a República Federativa do Brasil e o Estado de Minas Gerais, nos termos das Constituições Federal e Estadual.

TITULO II
DA ORGANIZA ÇÃO MUNICIPAL.

Capítulo I
DOS DIREITOS DO HABITANTE DO MUNICÍPIO.

Art. 2º O Município garantirá a imediata e plena efetividade dos direitos e garantias individuais e coletivos, mencionados na Constituição da República e na Constituição do Estado, bem como daqueles constantes dos tratados e convenções internacionais firmados pela República Federativa do Brasil.

Art. 3º Ninguém será discriminado, prejudicado ou privilegiado em razão do nascimento, idade, etnia, raça, cor, sexo, orientação sexual, estado civil, trabalho rural ou urbano, religião, convicções políticas ou filosóficas, deficiência física ou mental, por ter cumprido pena, nem por qualquer particularidade ou condição social.

Art. 4º O Município estabelecerá, em lei, dentro de seu âmbito de competência, sanções de natureza administrativa para quem descumprir o disposto no artigo anterior.

Art. 5º Todo o poder do Município emana do seu povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou ditamente, nos termos da Constituição Federal e desta Lei Orgânica.

IV - criar, organizar e suprimir distritos, observada a legislação estadual;

V - manter, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, programas de educação e pré-escolar e de ensino fundamental;

VI - elaborar o orçamento anual e plurianual de investimentos;

VII - instituir e arrecadar tributos, bem como aplicar as suas rendas;

VIII - fixar, fiscalizar e cobrar tarifas, ou preços públicos;

IX - dispor sobre organização, utilização e alienação dos bens públicos;

X - dispor sobre organização, administração e execução dos serviços locais;

XI - organizar o quadro e estabelecer o regime jurídico único dos servidores públicos;

XII - organizar e prestar, diretamente, ou sob regime de concessão, permissão ou autorização, os serviços públicos locais, adotando-se, sempre que possível, os regimes de natureza privada;

XIII - planejar o uso e a ocupação do solo em seu território, especialmente em sua zona urbana;

XIV - estabelecer normas de edificação, de loteamento, de arruamento e de zoneamento urbano e rural, bem como as limitações urbanísticas convenientes à ordenação do seu território, observada a lei federal;

XV - conceder e renovar licença para localização e funcionamento de estabelecimentos industriais, mediante apresentação, quando da concessão, de laudo técnico, comprovado não ser prejudicial à saúde, à higiene, ao sossego, à segurança e ao equilíbrio ambiental;

XVI - conceder e renovar licença para localização e funcionamento de estabelecimentos comerciais, industriais, prestadores de serviços e quaisquer outros;

XVII - cassar a licença que houver concedido ao estabelecimento que se tornar prejudicial à saúde, à higiene, ao sossego, à segurança, ao equilíbrio ambiental ou aos bons costumes, fazendo cessar a atividade ou determinar o fechamento do estabelecimento;

XVIII - estabelecer servidões administrativas necessárias à realização de seus serviços, inclusive a dos seus concessionários;

XIX - adquirir bens, inclusive mediante desapropriação, fazendo o pagamento justo e correto, em tempo hábil, à realidade do momento, após autorização legislativa;

XX - regular a disposição, o traçado e as demais condições dos bens públicos de uso comum;

XXI - regulamentar a utilização dos logradouros públicos e, especialmente no perímetro urbano, determinar o itinerário e os pontos de parada de transportes coletivos;

XXII - fixar os locais de estacionamento de táxis e demais veículos;

XXIII - conceder, permitir ou autorizar os serviços de transporte coletivo e de táxis, fixando as respectivas tarifas;

XXIV - estabelecer e fiscalizar o uso do taxímetro dos táxis;

XXV - fixar e sinalizar as zonas de silêncio, de trânsito e tráfego em condições especiais;

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

Mensagem de veto

Regulamento
Regulamento

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o **Congresso Nacional** decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

~~Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.~~

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.
(Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II

DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017)

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II

Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (Vide Decreto nº 1.651, de 1995)

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

CAPÍTULO V

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 1º A União instituirá mecanismo de financiamento específico para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, sempre que houver necessidade de atenção secundária e terciária fora dos territórios indígenas. (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

§ 2º Em situações emergenciais e de calamidade pública: (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

I - a União deverá assegurar aporte adicional de recursos não previstos nos planos de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

II - deverá ser garantida a inclusão dos povos indígenas nos planos emergenciais para atendimento dos pacientes graves das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, explicitados os fluxos e as referências para o atendimento em tempo oportuno. (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 1º-A. A rede do SUS deverá obrigatoriamente fazer o registro e a notificação da declaração de raça ou cor, garantindo a identificação de todos os indígenas atendidos nos sistemas públicos de saúde. § 1º-B. A União deverá integrar os sistemas de informação da rede do SUS com os dados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

§ 1º-B. A União deverá integrar os sistemas de informação da rede do SUS com os dados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos

Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

CAPÍTULO VI

DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR
(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

CAPÍTULO VII

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO
(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no **caput** deste artigo. (Incluído pela Lei nº 12.895, de 2013)

Art. 19-L. (VETADO) (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

CAPÍTULO VIII

(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE"

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles

indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 1º O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - (VETADO); (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 2º (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-S. (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; (Incluído pela Lei

nº 12.401, de 2011)

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa."

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

TÍTULO III

DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I

Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

~~Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.~~

~~§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.~~

~~§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.~~

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: (Redação dada pela Lei nº 13.097, de 2015)

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

b) ações e pesquisas de planejamento familiar; (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

IV - demais casos previstos em legislação específica. (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1° Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro

que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2° Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3° (Vetado).

§ 4° Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV

DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1° Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2° O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V

DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I

Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1° Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2° As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3° As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4° (Vetado).

§ 5° As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6° (Vetado).

CAPÍTULO II

Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1° Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2° (Vetado).

§ 3° (Vetado).

§ 4° O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano qüinqüenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

~~§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.~~ (Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 2012) (Vide Lei nº 8.142, de 1990)

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerencia informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de analises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros. (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR
Alceni Guerra

Este texto não substitui o publicado no DOU de 20.9.1990

DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011.

Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA , no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990,

DECRETA:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Este Decreto regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e

VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DO SUS

Art. 3º O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

Seção I

Das Regiões de Saúde

Art. 4º As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30.

§ 1º Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

§ 2º A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

I - atenção primária;

II - urgência e emergência;

III - atenção psicossocial;

IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

V - vigilância em saúde.

Parágrafo único. A instituição das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 6º As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Art. 7º As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores .

Parágrafo único. Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

I - seus limites geográficos;

II - população usuária das ações e serviços;

III - rol de ações e serviços que serão ofertados; e

IV - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Seção II

Da Hierarquização

Art. 8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

I - de atenção primária;

II - de atenção de urgência e emergência;

III - de atenção psicossocial; e

IV - especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.

Art. 10. Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada de que trata o art. 9º .

Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Parágrafo único. A população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde.

Art. 12. Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

Parágrafo único. As Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação.

Art. 13. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;

II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;

III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e

IV - ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Art. 14. O Ministério da Saúde disporá sobre critérios, diretrizes, procedimentos e demais medidas que auxiliem os entes federativos no cumprimento das atribuições previstas no art. 13.

CAPÍTULO III

DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

§ 2º A compatibilização de que trata o **caput** será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

§ 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.

Art. 16. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

Art. 17. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 19. Compete à Comissão Intergestores Bipartite - CIB de que trata o inciso II do art. 30 pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

CAPÍTULO IV

DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 20. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

Seção I

Da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES

Art. 21. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

Art. 22. O Ministério da Saúde disporá sobre a RENASES em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENASES.

Art. 23. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES.

Art. 24. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a RENASES, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Seção II

Da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME

Art. 25. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Parágrafo único. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

Art. 26. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Art. 27. O Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

§ 1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado.

Art. 29. A RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

CAPÍTULO V

DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

Seção I

Das Comissões Intergestores

Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Art. 31. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS.

Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão:

I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e

V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Parágrafo único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação:

I - das diretrizes gerais para a composição da RENASES;

II - dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e

III - das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

Seção II

Do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Art. 33. O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

Art. 34. O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

Parágrafo único. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT.

Art. 35. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde.

§ 2º O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais.

Art. 36. O Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterá as seguintes disposições essenciais:

I - identificação das necessidades de saúde locais e regionais;

II - oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;

III - responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;

IV - indicadores e metas de saúde;

V - estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;

VI - critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;

VII - adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;

VIII - investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e

IX - recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde.

Art. 37. O Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde observará as seguintes diretrizes básicas para fins de garantia da gestão participativa:

I - estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;

II - apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e

III - publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

Art. 38. A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

Art. 39. As normas de elaboração e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde serão pactuados pelo CIT, cabendo à Secretaria de Saúde Estadual coordenar a sua implementação.

Art. 40. O Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

§ 1º O Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, conterá seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

§ 2º O disposto neste artigo será implementado em conformidade com as demais formas de controle e fiscalização previstas em Lei.

Art. 41. Aos partícipes caberá monitorar e avaliar a execução do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, em relação ao cumprimento das metas estabelecidas, ao seu desempenho e à aplicação dos recursos disponibilizados.

Parágrafo único. Os partícipes incluirão dados sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde no sistema de informações em saúde organizado pelo Ministério da Saúde e os encaminhará ao respectivo Conselho de Saúde para monitoramento.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 42. Sem prejuízo das outras providências legais, o Ministério da Saúde informará aos órgãos de controle interno e externo:

I - o descumprimento injustificado de responsabilidades na prestação de ações e serviços de saúde e de outras obrigações previstas neste Decreto;

II - a não apresentação do Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei no 8.142, de 1990 ;

III - a não aplicação, malversação ou desvio de recursos financeiros; e

IV - outros atos de natureza ilícita de que tiver conhecimento.

Art. 43. A primeira RENASES é a somatória de todas as ações e serviços de saúde que na data da publicação deste Decreto são ofertados pelo SUS à população, por meio dos entes federados, de forma direta ou indireta.

Art. 44. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes de que trata o § 3º do art. 15 no prazo de cento e oitenta dias a partir da publicação deste Decreto.

Art. 45. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 28 de junho de 2011; 190º da Independência e 123º da República.

DILMA ROUSSEFF
Alexandre Rocha Santos Padilha

Este texto não substitui o publicado no DOU de 29.6.2011

Leis Municipais
www.LeisMunicipais.com.br

DECRETO Nº 59, DE 11 DE ABRIL DE 2020.

"Aprova o Plano de Resposta Hospitalar Municipal ao COVID-19 e o Plano de Contingência Operativo - COVID-19."

O Prefeito de Araguari, Estado de Minas Gerais, no uso das suas atribuições legais, e;

CONSIDERANDO que foi decretada situação de emergência na área de saúde pública no Município de Araguari nos termos do Decreto nº 037, de 16 de março de 2020, por conta da pandemia do Coronavírus;

CONSIDERANDO que a Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com os estabelecimentos da rede privada de saúde do Município de Araguari elaboraram o Plano de Resposta Hospitalar Municipal ao COVID-19 e o Plano de Contingência Operativo - COVID-19, DECRETA:

Art. 1º O presente Decreto tem por objetivo aprovar os Planos de Resposta Hospitalar Municipal ao COVID-19 e de Contingência Operativo - COVID-19 elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde, conjuntamente com os estabelecimentos da rede privada de saúde do Município de Araguari.

Art. 2º Os Planos de Resposta Hospitalar Municipal ao COVID-19 e de Contingência Operativo - COVID-19 estabelecerão medidas para a ampliação dos espaços hospitalares, tendo em vista a provável saturação dos leitos já existentes e instalados nos estabelecimentos de saúde no Município de Araguari.

Art. 3º Os estabelecimentos hospitalares no Município de Araguari, em atendimento aos Planos de Resposta Hospitalar Municipal ao COVID-19 e de Contingência Operativo - COVID-19, terão ampliados os seus respectivos espaços da seguinte forma:

I - para os casos de pacientes de baixa e média complexidade:

a) possibilidade de contratação de 15 (quinze) a 18 (dezoito) leitos perante o Hospital Santo Antônio Ltda;
b) ampliação de 30 (trinta) a 40 (quarenta) leitos instalados na Policlínica;
c) 40 (quarenta) a 50 (cinquenta) leitos no prédio que seria destinado ao funcionamento do Hospital Municipal de Araguari;

II - para os casos de pacientes graves e casos complexos:

a) 10 (dez) leitos na Santa Casa de Misericórdia;
b) 10 (dez) leitos em construção na Santa Casa de Misericórdia;
c) 12 (doze) apartamentos reservados na Santa Casa de Misericórdia, os quais podem ser transformados em 18 (dezoito) leitos de UTI, mediante aquisição de equipamentos.

Art. 4º Fica o Município de Araguari autorizado a realizar a contratação de equipes de saúde,

compra de mobiliário, serviços de engenharia, insumos e equipamentos para o atendimento da ampliação de leitos clínicos de internação e de Unidades de Terapia Intensiva - UTI, no âmbito da rede de saúde, conforme planejamento prévio elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde.

§ 1º A contratação de pessoal para atender a situação de necessidade temporária de excepcional interesse público em razão da emergência em saúde pública, especialmente das equipes de saúde de que trata este Decreto, atenderá ao disposto na Lei Municipal nº 5.283, de 26 de novembro de 2013.

§ 2º A aquisição de mobiliário, insumos, serviços de engenharia e equipamentos visando a ampliação de leitos clínicos de internação e de Unidades de Terapia Intensiva - UTI, será regida pela Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que trata da licitação dispensável para aquisição de tais bens e serviços destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus.

Art. 5º Passam a fazer parte integrante deste Decreto os seguintes anexos:

I - Anexo I constando estimativa provável de pacientes infectados, que serviram como referência para justificar o quantitativo de leitos e as ações propostas, direcionando com clareza todas as atribuições em fase de implantação;

II - Anexo II referente aos níveis de impacto para cada cenário e os planos de ação já definidos.

Art. 6º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUARI, Estado de Minas Gerais, em 11 de abril de 2020.

Marcos Coelho de Carvalho
Prefeito

Carlos de Lima Barbosa
Secretário de Administração

Guilherme Afonso de Figueiredo Martins
Secretário de Saúde

ANEXO I

Estimativas do COVID-19 no Município de Araguari-MG
Trimestre
População Total: Aproximadamente 120.000 habitantes Infectados - 5%: 6.000
Casos Leves - 80%: 4.800

Casos Graves (necessita internação) - 20%: 1.200 Possível complicação - 10%: 120
Tempo estimado de internação: 4 a 5 dias

COVID-19 (Projeção em 3 meses)

	Trimestre	**Mês**	**Semana**
Infectados	6.000	2.000	500
Casos Leves	4.800	1.600	400
Casos Graves	1.200	400	100
Possível Complicação	120	40	10

ANEXO II
Plano de Ações Conforme Situação e Nível de Impacto da COVID-19 do Município de Araguari

CONTENÇÃO/MITIGAÇÃO				RESPOSTA	
FAVORÁVEL SITUAÇÃO 0 Nível 0	MENOS FAVORÁVEL SITUAÇÃO 1 Nível 1	INTERMEDIÁRIO SITUAÇÃO 2 Nível 2	DESFAVORÁVEL SITUAÇÃO 3 Nível 3	MAIS DESFAVORÁVEL SITUAÇÃO 4 Nível 3	COLAPSO SITUAÇÃO Nível 3
- Sem casos importados, confirmados ou suspeitos.	Casos importados ou; Até 1 caso confirmado ou; 30 casos suspeitosde síndrome respiratória.	- Transmissão local ou; De 1 a 3 casos confirmados ou; - 50 casos suspeitos de síndrome respiratória ou; 1 paciente grave por COVID-19 em Araguari-MG.	- Transmissão comunitária ou; 4 ou mais casos confirmados ou; 70 casos suspeitos de Síndrome respiratória ou; até 90% de ocupação dos leitos de UTI-SUS na Macro Região, visto que a rede de urgência não envolve somente o Município de Araguari.	Acima de 90% dos leitos UTI-SUS ocupados na Macro Região (rede pública e suplementar). 1 óbito por COVID-19 com transmissão local.	Limite de saturaç eminentedos lei municipaise da MacroReg ou; Falta de locais p. acondicionamento de corp
AÇÕES A SEREM REALIZADAS					
- Manutenção dos fluxos atuais e monitoramento;	Permanência das ações da situação anterior; Incremento de recursos humanos para atuar em resposta a incremento de ordem exponencial de casos de síndrome respiratória	Permanência das ações da situação anterior; Classificados casos para realização de cirurgias eletivas; Suspensão de eventos independente do quantitativo de pessoas; Elaborar	Permanência das ações da situação anterior; Suspensão do atendimento eletivo cirúrgico; Compra de leitos por necessidade clínica; Transformar leitos de outra natureza em CTI; Confirmação de casos por critério clínico epidemiológico; Redução do deslocamento laboral; Restrição de atividades comerciais não essenciais;	Permanência das ações da situação anterior; Quarentena da população com isolamento por parte das forças de segurança; Féria scoletivas industriais; Planejamento para a fase seguinte.	Permanência (ações dasituaç anterior; Implementação hospital campanhanoHosp Municipale Policlínica.

	aguda grave (SRAG); Confirmação de casos por exame laboratorial; Suspensão temporária das aulas; Fechamento de universidades / faculdades; Divulgar informações a população e órgãos; Convocação dos profissionais de saúde em férias; Planejamento para as fases seguintes.	escalas, considerando rodízio de funcionários que atuam na prestação de serviços essenciais, reduzindo o número de deslocamentos casa/trabalho; - Planejamento para as fases seguintes.	Suspensão permanente das aulas da rede pública e privada exceto para os filhos de profissionais envolvidos em serviços essenciais; Criação de estruturas para acolhimento dos filhos dos trabalhadores que atuam em atividades relacionadas aos serviçosessenciais; - Medidas de higienização dos veículos de transporte coletivo; Planejamento para as fases seguintes. Abertura dos leitos da Santa Casa de Misericórdia e, possivelmente, Hospital Santo Antônio.		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2020.

Download do documento

Data de Inserção no Sistema LeisMunicipais: 14/04/2020

Nota: Este texto disponibilizado não substitui o original publicado em Diário Oficial.

ANEXO I

Estimativas do COVID-19 no Município de Araguari-MG

Trimestre
População Total: Aproximadamente 120.000 habitantes

Infectados – 5%: 6.000

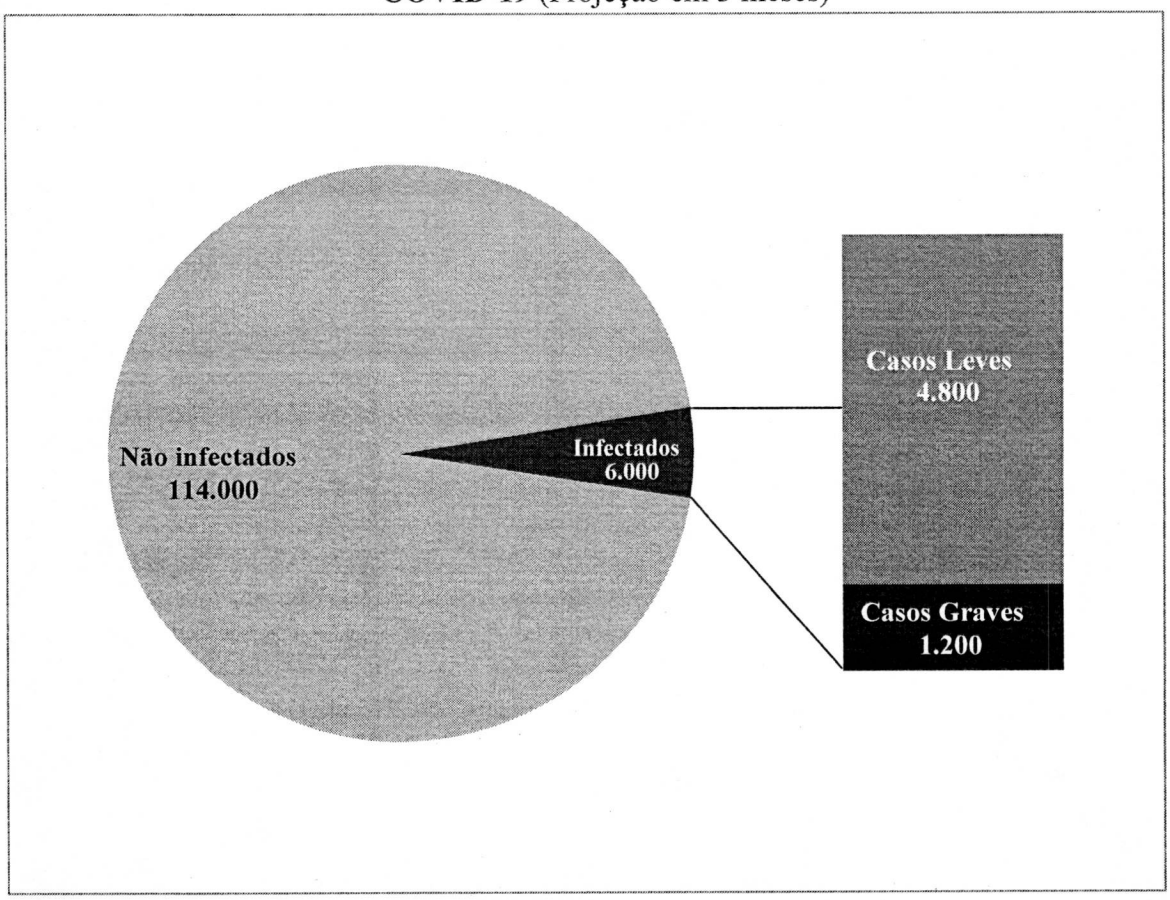
Casos Leves – 80%: 4.800

Casos Graves (necessita internação) – 20%: 1.200

Possível complicação – 10%: 120

Tempo estimado de internação: 4 a 5 dias

COVID-19 (Projeção em 3 meses)



	Trimestre	Mês	Semana
Infectados	**6.000**	**2.000**	**500**
Casos Leves	**4.800**	**1.600**	**400**

Casos Graves	**1.200**	**400**	**100**
Possível Complicação	**120**	**40**	**10**

ANEXO II

Plano de Ações Conforme Situação e Nível de Impacto da COVID-19 do Município de Araguari

CONTENÇÃO/MITIGAÇÃO				RESPOSTA	
FAVORÁVEL SITUAÇÃO0 Nível 0	**MENOS FAVORÁVEL SITUAÇÃO 1 Nível 1**	**INTERMEDIÁRIO SITUAÇÃO 2 Nível 2**	**DESFAVORÁVEL SITUAÇÃO 3 Nível 3**	**MAIS DESFAVORÁVEL SITUAÇÃO 4 Nível 3**	**COLAPSO SITUAÇÃO 5 Nível 3**
- Sem casos importados, confirmados ou suspeitos.	- Casos importadosou; - Até 1 caso confirmadoou; - 30 casos suspeitosde síndrome respiratória.	-Transmissão local ou; - De 1 a 3 casos confirmadosou; -50 casos suspeitos de síndrome respiratóriaou; - 1paciente grave porCOVID-19em Araguari-MG.	-Transmissão comunitária ou; - 4oumaiscasos confirmadosou; - 70casossuspeitosde Síndromerespiratóriaou; - até90%deocupaçãodos leitosdeUTI-SUSnaMacro Região,vistoquearededede urgência não envolve somente o Município de Araguari.	- Acima de 90%dosleitos UTI-SUS ocupados na Macro Região (rede pública e suplementar). - 1óbitoporCOVID-19com transmissãolocal.	- Limite de saturaçãoeminentedos leitosmunicipaise da MacroRegião ou; - Falta de locais para acondicionamento decorpos.
AÇÕES A SEREM REALIZADAS					
- Manutenção dos fluxos atuais e monitoramento;	- Permanência das ações da situação anterior; - Incremento de recursos humanos para atuar em resposta a incremento de ordem exponencial de casos de síndrome respiratória	- Permanência das ações da situação anterior; - Classificados casos para realização de cirurgias eletivas; - Suspensão de eventos independente do quantitativo depessoas; - Elaborar	- Permanência dasaçõesda situação anterior; - Suspensão do atendimento eletivocirúrgico; - Compradeleitospor necessidadeclínica; - Transformarleitosdeoutra naturezaemCTI; - Confirmação de casos por critério clínicoepidemiológico; - Reduçãododeslocamento laboral; - Restrição de atividades comerciais nãoessenciais;	- Permanênciadasaçõesda situação anterior; - Quarentena da população com isolamento por parte das forças de segurança; - Féríascoletivas industriais; - Planejamento para a fase seguinte.	- Permanênciadasaçõesdasituação anterior; - Implementação de hospital de campanhanoHospital Municipale Policlínica.

	aguda grave (SRAG); - Confirmação de casos por exame laboratorial; - Suspensão temporária das aulas; - Fechamento de universidades / faculdades; - Divulgar informações a população e órgãos; - Convocação dos profissionais de saúde emférias; - Planejamento para as fases seguintes.	escalas, considerando rodízio de funcionários que atuam na prestação de serviços essenciais, reduzindo o número de deslocamentos casa/trabalho; - Planejamento para as fases seguintes.	Suspensão permanente das aulasda redepúblicaeprivada exceto para os filhos de profissionais envolvidos em serviçosessenciais; - Criaçãodeestruturaspara acolhimento dos filhos dos trabalhadoresqueatuamem atividades relacionadas aos serviçosessenciais; -Medidas de higienização dos veículos de transporte coletivo; - Planejamento para as fases seguintes. - Aberturadosleitos da Santa Casa de Misericórdia e, possivelmente, Hospital Santo Antônio.	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2020.