

de Cardiologia do SUS em Mato Grosso

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Registrada, Publicada, CUMPRÁ-SE.

Cuiabá-MT, 15 de dezembro de 2022.

KELLUBY DE OLIVEIRA SILVA
Secretária de Estado de Saúde

ANEXO ÚNICO

MICRORREGIÃO	MUNICÍPIO	UNIDADE ESTABELECIMENTO	TOTAL
Sul Matogrossense	Campo Verde	Hospital Municipal Coração de Jesus	R\$ 412.000,00
		TOTAL SULMATOGROSSENSE	R\$ 412.000,00

PORTARIA Nº 895/2022/GBSES

A **SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE**, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o artigo 71, da Constituição Estadual, e;

CONSIDERANDO a publicação da Portaria nº 708/2022/GBSES, publicada no Diário Oficial do Estado nº 28.346 de 06 de outubro de 2022, que ordenou "o repasse para o Fundo Municipal de Saúde de Diamantino referente à execução de procedimentos ambulatoriais eletivos constantes da Proposta nº 75 do Programa Estadual de Cirurgias Eletivas de 2021;

CONSIDERANDO a incorreção na redação do Art. 1º bem como do anexo único do referido instrumento;

RESOLVE:

Art.1º Retificar em partes a Portaria nº 708/2022/GBSES, de 06 de outubro de 2022, aplicando ao Art. 1º e ao Anexo Único as considerações dos §§ 1º e 2º.

§ 1º. ONDE SE LÊ:

"...Ordenar o repasse no valor de **R\$ 19.137,60 (dezenove mil cento e trinta e sete reais e sessenta centavos)**..."

ANEXO ÚNICO

MICRORREGIÃO	MUNICÍPIO	TOTAL
CENTRO NORTE	DIAMANTINO	R\$ 19.137,60
	TOTAL	R\$ 19.137,60

§ 2º. LEIA-SE:

"...Ordenar o repasse no valor de **R\$ 20.187,60 (vinte mil cento e oitenta e sete reais e sessenta centavos)**..."

ANEXO ÚNICO

MICRORREGIÃO	MUNICÍPIO	TOTAL
CENTRO NORTE	DIAMANTINO	R\$ 20.187,60
	TOTAL	R\$ 20.187,60

Art. 2º. Os demais artigos permanecem inalterados.

**REGISTRADA,
PUBLICADA,
CUMPRÁ-SE.**

Cuiabá-MT, 15 de dezembro de 2022.

KELLUBY DE OLIVEIRA SILVA
Secretária de Estado de Saúde

PORTARIA Nº 896/2022/GBSES

"A Secretária de Estado de Saúde de Mato Grosso, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o artigo 71, da Constituição Estadual, e:"

CONSIDERANDO a Portaria nº 1114/2021/GBSES, que institui o Grupo Técnico de Trabalho - PALIVIZUMABE e lhe atribui a competência de estudar, discutir, planejar, acompanhar, monitorar e avaliar ações para implantação/incorporação do PALIVIZUMABE na Rede de Serviços de Saúde MT;

CONSIDERANDO a necessidade de atualizarmos as diretrizes estaduais

para prevenção da infecção pelo VSR;

CONSIDERANDO que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são resultado de consenso técnico-científico e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação;

CONSIDERANDO os benefícios do uso profilático do PALIVIZUMABE na prevenção de VSR para populações específicas foi aprovada a incorporação do medicamento para uso no Sistema Único de Saúde - SUS, em novembro de 2012, pelo Relatório de recomendação nº 16, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). O protocolo de uso do PALIVIZUMABE para a prevenção da infecção pelo VSR foi publicado pela Portaria SAS/MS nº 522, 13 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União nº 92 em 15 de maio de 2013.

CONSIDERANDO que o PALIVIZUMABE é um anticorpo monoclonal, lançado em 1998, que atua interagindo com a glicoproteína F, localizada na superfície viral, inibindo sua fusão nas células do hospedeiro. Aliado às medidas não medicamentosas de prevenção de VSR, este medicamento passou a ser utilizado na profilaxia de infecções por VSR em diversos países do mundo, a partir das evidências científicas de redução do risco de internação entre 39% - 78% nos grupos mais suscetíveis às complicações causadas por esse vírus (vide bula).

CONSIDERANDO que devido a mudança na apresentação desse medicamento de pó para solução para pronto uso, esse protocolo foi atualizado pela Portaria Conjunta SCTIE/SAS nº 23, 03 de outubro de 2018 e da Nota Técnica nº 45/2019 - CGAFME/DAF/SCTIE/MS.

CONSIDERANDO a Resolução CIB/MT nº 012/2015, que dispõe sobre a implantação/incorporação do medicamento PALIVIZUMABE para prevenção da infecção grave pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) no Sistema Único de Saúde (SUS) em Mato Grosso;

CONSIDERANDO a Nota Técnica 005/2015, que estabelece a sazonalidade do Vírus Sincicial Respiratório no Brasil e oferece esclarecimentos referentes ao protocolo de uso do PALIVIZUMABE;

CONSIDERANDO a PORTARIA Nº 009/2019/GBSES, que ratifica o uso do PALIVIZUMABE para a prevenção da infecção grave causada pelo Vírus Sincicial Respiratório, seguindo os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde; revogada pela.

CONSIDERANDO a implantação do Sistema Hórus/PALIVIZUMABE no Estado de Mato Grosso em 2017, que visa o controle total dos recursos empregados para esse produto e o acompanhamento dos usuários durante o uso do medicamento, todas movimentações (entradas, saídas, perdas e dispensações), devem ser registradas eletronicamente por meio do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus);

CONSIDERANDO a necessidade de atualizar a Portaria nº 1113/2021/GBSES publicada em 27/12/2021 no Diário Oficial do Estado de Mato Grosso, que ratifica o uso do PALIVIZUMABE para prevenção da infecção grave causada pelo Vírus Sincicial Respiratório - VSR no âmbito do Sistema Único de Saúde - MT;

CONSIDERANDO a necessidade de coordenação e implementação do medicamento na Rede de Serviços SUS de Mato Grosso, com representação:

1. SES (NÍVEL CENTRAL): Superintendência de Atenção à Saúde -SAS, Superintendência de Vigilância em Saúde - SUVS, Superintendência de Gestão Regional, Secretaria Adjunta de Gestão Hospitalar;
2. SES (UNIDADES ESPECIALIZADAS): Superintendência de Assistência Farmacêutica -SAF, Centro Estadual de Referência em Alta e Média Complexidade - CERMAC, Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais -CRIE e Hospital Estadual Santa Casa de Cuiabá;
3. SES - Escritórios Regionais de Saúde (16 Unidades);
4. Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá - SMS;
5. Secretaria Municipal de Várzea Grande -SMS;
6. Instituições Hospitalares Públicas e Privadas que fazem parte da Rede SUS.

RESOLVE:

Artigo 1º - Implementar o uso do PALIVIZUMABE para prevenção da infecção grave causada pelo Vírus Sincicial Respiratório - VSR no âmbito do Sistema Único de Saúde -MT, seguindo os critérios estabelecidos no novo protocolo definido pelo Ministério da Saúde (anexo da Portaria Conjunta SAS SCTIE nº 023/2018):

I. Crianças nascidas com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas (até 28 semanas e 6 dias) com idade inferior a 1 ano (até 11 meses e 29 dias);

II. Crianças com idade inferior a 2 anos (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) com doença pulmonar crônica da prematuridade, displasia bronco pulmonar, ou doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica comprovada.

Parágrafo 1º - Instituir o período de fornecimento e aplicação nos meses de maior circulação do VSR (março a julho), conforme sazonalidade definida pelo Ministério da Saúde, iniciando em fevereiro.

Parágrafo 2º - Cada criança, que cumpra os critérios estabelecidos no Artigo 1º, no período de sazonalidade vigente, poderá receber até 05 doses, dependendo do mês de início da aplicação.

§ 1º A administração do medicamento não será estendida fora do período de sazonalidade.

§ 2º Em hipótese alguma o medicamento advindo do Ministério da Saúde, objeto desta Portaria, poderá ser disponibilizado a demandas que não cumprirem os critérios estabelecidos na legislação vigente.

Parágrafo 3º - A solicitação do medicamento PALIVIZUMABE será realizada pelos formulários e documentos que constam nos Anexos desta Portaria e, estão disponíveis na página da SES/MT, endereço eletrônico: www.saude.mt.gov.br.

§ 1º Os processos com formulários de sazonalidades anteriores a 2022 não serão aceitos;

§ 2º A tramitação do processo de solicitação do medicamento deverá ocorrer, preferencialmente, antes do período de sazonalidade, com vistas a garantia do acesso as 05 doses, ou até 20 dias antes do final da sazonalidade, para a garantia da dose do último mês de aplicação (julho);

§ 3º Para as crianças nascidas após o término da sazonalidade, a instituição hospitalar deverá providenciar a documentação necessária para abertura do processo de solicitação do medicamento a ser avaliado na sazonalidade seguinte;

§ 4º No segundo ano de vida, a profilaxia com o PALIVIZUMABE deverá seguir os critérios estabelecidos na Portaria Conjunta nº23, de 3 de outubro de 2018, em seu Anexo, item 3, subitem 3.1, letras a) e b);

§ 5º Todos os processos deverão possuir Receita Médica Atualizada, ou seja, emitida no exercício da sazonalidade 2023;

§ 6º Quando da abertura do processo de solicitação do medicamento PALIVIZUMABE, toda a documentação deverá ser preenchida, **preferencialmente**, pelo mesmo médico prescritor/solicitante;

§ 7º Toda documentação deverá ser conferida/assinada pelas Unidades Responsáveis (Anexo III);

Parágrafo 4º O fluxo estadual para a solicitação, distribuição, dispensação do PALIVIZUMABE encontra-se descrito no Anexo IV desta portaria.

Parágrafo 5º O CRIE-MT é a unidade de referência estadual responsável pela análise de processos, emissão de parecer, matriciamento/assessoria aos Polos de Aplicação. Deverá contar com equipe técnica multidisciplinar composta de: médico, farmacêutico, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente administrativo, conforme a Portaria Conjunta nº 23, de 03 de outubro de 2018.

§ 1º O CRIE realizará a aplicação Ambulatorial para as crianças residentes em municípios/regiões de saúde que não possuem a infraestrutura mínima para a implantação deste serviço.

Parágrafo 6º A administração do PALIVIZUMABE nos Polos de Aplicação, acontecerá mediante processo aprovado e cronograma previamente estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde-SMS e os Escritórios Regionais de Saúde - ERS de abrangência e Polos de Aplicação;

§ 1º - São Polos de Aplicação para o PALIVIZUMABE - AMBULATORIAL:

1. Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais de Mato Grosso/CRIE/MT - sediado em Cuiabá;
2. Hospital Regional Dr. Antônio Fontes - sediado em Cáceres;
3. Pronto Atendimento Pediátrico, extensão do Hospital Municipal Dr. Antônio dos Santos Muniz - sediado em Rondonópolis;
4. Hospital Regional de Sorriso - sediado em Sorriso;

5. Secretaria Municipal de Saúde - sediado em Cuiabá;

6. Secretaria Municipal de Saúde - sediado em Várzea Grande.

§ 2º - São Polos de Aplicação para o PALIVIZUMABE - INTRA-HOSPITALAR:

1. Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM) - Cuiabá;
2. Hospital Santa Helena - Cuiabá;
3. Hospital Geral - Cuiabá;
4. Hospital Regional de Sorriso - Sorriso;
5. Hospital São Luiz - Cáceres;
6. Santa Casa - Rondonópolis;
7. Hospital São Lucas - Primavera do Leste.

§ 1º Para aplicação intra-hospitalar, as instituições hospitalares públicas, privadas e filantrópicas que fazem parte da rede SUS e que cumprem os critérios poderão receber o medicamento, mediante manifestação formal junto a Secretaria de Estado de Saúde/Superintendência de Atenção à Saúde, via Escritório Regional de Saúde - ERS de abrangência e ao CRIE;

Parágrafo 7º Os polos de aplicação deverão disponibilizar a equipe técnica multidisciplinar composta de: médico, farmacêutico, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente administrativo, conforme a Portaria Conjunta nº023, de 03 de outubro de 2018, para receber capacitação para elaboração de processo, manejo correto do medicamento (transporte, acondicionamento, administração, registro e monitoramento) e implantação/ manejo do sistema Hórus (solicitação, dispensação, registro e monitoramento).

Parágrafo 8º A Superintendência de Atenção à Saúde- SAS/SES-MT, com apoio dos Escritórios Regionais de Saúde - ERS, deverá identificar os municípios que atendam aos requisitos mínimos estabelecidos na Portaria Conjunta nº 023/2018 referente aos critérios para a implantação de novos Polos de Aplicação do medicamento PALIVIZUMABE.

Parágrafo 9º Para a sazonalidade 2023 os municípios com Polos de Aplicação Ambulatoriais e Intra-Hospitalares implantados, deverão responsabilizar-se pela administração do medicamento em crianças, público alvo da estratégia. As competências dos Polos de Aplicação encontram-se descritas no Anexo V desta Portaria.

Parágrafo 10º O gerenciamento do medicamento PALIVIZUMABE será realizado no Sistema Hórus (Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica) sob a responsabilidade da Superintendência de Assistência Farmacêutica e todos os polos de aplicação, sejam ambulatoriais e/ou intra-hospitalares.

§ 1º O Registro no Sistema Hórus não excluirá o registro obrigatório da aplicação na Caderneta de Saúde da Criança, nos prontuários (hospitalar e/ou ambulatorial), no Formulário de Prescrição Médica (Anexo VII) e na Planilha de Aplicação (Anexo VIII);

§ 2º A administração do PALIVIZUMABE deverá ocorrer, preferencialmente, até a penúltima semana de cada mês, para fins de registro das doses aplicadas no Sistema Hórus ainda no mês em curso;

§ 3º - A adoção do Hórus poderá haver, ao longo do processo, a necessidade de solicitação de complementação de documentos para a operacionalização do registro no Sistema. O Manual do Sistema Hórus estará disponível no site: www.saude.mt.gov.br/saf.

Artigo 2º - Fica revogada a Portaria nº 1113/2021/GBSES.

Artigo 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Cuiabá-MT, 15 de dezembro de 2022.


KÉLLANY DE OLIVEIRA SILVA
Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão

ANEXO I - SOLICITAÇÃO DE PALIVIZUMABE PARA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

Nome do Estabelecimento:

Telefone para contato DDD(): _____

E-mail: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: _____

CNS: _____

Endereço: _____

CEP: _____

Município: _____

Data de Nascimento: _____

Sexo: F () M ()

Nome da mãe: _____

Telefone/celular: DDD() _____

Nome do Pai: _____

Telefone/celular: DDD() _____

Idade Gestacional por ocasião do nascimento: DUM: _____

USG: _____

New Ballard: _____

Gestação: () única () múltipla

Peso de nascimento: _____ gramas

Estatura de nascimento: _____ cm

Tipo de parto: () Normal () Cesárea () Fórceps

Criança internada: () Sim () Não

Data da alta: ____/____/____

CID: _____

➤ Diagnóstico Médico: _____

➤ Menor de um 01 ano, que nasceu Prematuro com idade gestacional menor/igual a 28 semanas: () Sim () Não

➤ Menor de dois anos, portador de Doença Pulmonar Crônica da Prematuridade: () Sim () Não

➤ Menor de dois anos com Doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica comprovada (em uso de cardiotônico e/ou): () Sim () Não

➤ Recebeu alguma dose de Palivizumabe intra-hospitalar? () Não () Sim Número de doses: _____ Data da última dose: _____

DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE:

Nome do Profissional Solicitante: _____

CRM: _____

CPF: _____

Email: _____

Telefone: DDD() _____

Celular: DDD() _____

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico solicitante: _____

AUTORIZAÇÃO – A SER PREENCHIDA PELO MÉDICO AUTORIZADOR – CRIE/MT

() Autorizo a liberação de () doses do Palivizumabe conforme critérios da portaria conjunta SAS SCTIE nº 023 de 03/10/2011 as doses preconizadas e mediante apresentação de relatório de AVALIAÇÃO (na 1ª sazonalidade).

() Não autorizo a Liberação do Palivizumabe por não atender a critério estabelecido (Portaria Conjunta SAS SCTIE nº 023 de 03/10/2011).

() Não autorizo por falta de informações necessárias para análise da solicitação.

Data 1ª Avaliação: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico autorizador: _____

() Autorizo a liberação de () doses do Palivizumabe conforme critérios da portaria conjunta SAS SCTIE nº 023 de 03/10/2011 as doses preconizadas e mediante apresentação de relatório de REAVALIAÇÃO (na 2ª sazonalidade) e prescrição médica atualizada.

() Não autorizo a Liberação do Palivizumabe por não atender a critério estabelecido (Portaria Conjunta SAS SCTIE nº 023 de 03/10/2011).

() Não autorizo por falta de informações necessárias para análise da solicitação.

Data Reavaliação: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico autorizador: _____

() Autorizo a liberação de () doses do Palivizumabe conforme critérios da portaria conjunta SAS SCTIE nº 023 de 03/10/2011 as doses preconizadas e mediante apresentação de relatório de REAVALIAÇÃO (____ sazonalidade) e prescrição médica atualizada.

() Não autorizo a Liberação do Palivizumabe por não atender a critério estabelecido (Portaria Conjunta SAS SCTIE nº 023 de 03/10/2011).

() Não autorizo por falta de informações necessárias para análise da solicitação.

Data Reavaliação: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico autorizador: _____

Assinável pelo Recebimento no CRIE: _____

ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO SOBRE O USO DO PALIVIZUMABE

Eu, _____ [nome do responsável pelo usuário (a) abaixo identificado (a) e firmado (a)], **declaro ter sido informado (a)** claramente sobre todas as indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do **PALIVIZUMABE**.

Os **termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico** _____ (nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter o meu filho ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

Estou ciente de que o PALIVIZUMABE está indicado para prevenção de infecções causadas pelo Vírus Sincicial Respiratório, no período de sazonalidade. Assim, declaro que:

Fui claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos colaterais e riscos: Podem ocorrer os seguintes **efeitos indesejáveis possíveis**: febre, irritabilidade, reação a injeção, diarreia, rash, elevação de enzimas hepáticas, função hepática anormal, doença do trato respiratório superior, leucopenia, vômito, tosse e rinite.

É **contraindicada** em caso de hipersensibilidade conhecida à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes, ou a outros anticorpos monoclonais humanizados. Palivizumabe não é indicado para adultos.

Estou ciente de que **posso suspender o tratamento a qualquer momento**, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar tratando o paciente em quaisquer circunstâncias.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao tratamento do paciente para fins de pesquisa, desde que assegurado o anonimato.

Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todos os termos deste CONSENTIMENTO INFORMADO.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

1) IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (preenchida pelo responsável pelo paciente):

Nome da criança: _____

Nome da mãe: _____

CPF (responsável): _____

Endereço: _____

Município: _____ Telefone: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do responsável pelo paciente

1) IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO (preenchida pelo médico solicitante responsável pela indicação do medicamento)

Nome do médico: _____

CPF: _____ CRM: _____

Município: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico

O Termo de Consentimento Informado deverá ser **preenchido e assinado em 02 vias**: a original, anexar a documentação e a cópia entregar ao responsável legal.

ANEXO III

Identificação do paciente: _____

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O PROCESSO DE SOLICITAÇÃO DO PALIVIZUMABE**Documentos Gerais**

- () Cópia da Certidão de Nascimento;
- () Cópia do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS);
- () Cópia do Comprovante de Residência;

() Prescrição Médica atualizada

Documentos Específicos:

- a) **Pacientes prematuros (nascidos com Idade Gestacional menor ou igual a 28 semanas), com idade inferior a 1 ano:**
() Cópia do relatório de alta hospitalar.
() Se criança internada, relatório médico com justificativa da solicitação, com informação de doses já realizadas quando internados.
- b) **Pacientes com Doença Cardíaca Congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada:**
() Relatório médico **original** com a descrição da cardiopatia, o grau da hipertensão pulmonar e os medicamentos utilizados;
() Cópia do laudo do ecocardiograma do último ano.
- c) **Pacientes com Doença Pulmonar Crônica da Prematuridade:**
() Relatório médico atualizado **original** especificando a necessidade do uso e os medicamentos utilizados durante os últimos 06 meses.
- d) **Crianças com Doença Cardíaca Congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada e com Doença Pulmonar Crônica da Prematuridade, no segundo ano de vida, que permaneçam com indicação de continuidade, deverão ser reavaliadas e apresentar, também:**
() Relatório médico atualizado justificando a necessidade de continuidade, com descrição da terapia medicamentosa e de suporte utilizada nos últimos 6 meses

RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA DOS DOCUMENTOS: UNIDADE DE SAÚDE

Nome: _____
Instituição de Saúde: _____
Telefone para Contato: _____
Data de entrada do cadastro: _____

RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA DOS DOCUMENTOS: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: _____
Telefone para Contato: _____
Data: ____/____/____

RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA DOS DOCUMENTOS: ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE

Nome: _____
Telefone para Contato: _____
Data: ____/____/____

[bu]O/[bu]brigatório preenchimento de todos os campos

Visto do CRIE _____ Data: ____/____/____.

ANEXO IV**FLUXO PARA LIBERAÇÃO E DISPENSAÇÃO DO MEDICAMENTO PALIVIZUMABE 2023 - MATO GROSSO****FLUXOS POLO DE APLICAÇÃO - AMBULATORIAL (Interior do Estado)**

- As Unidades Básicas e Secundárias de Saúde deverão identificar as crianças que preencherem os critérios, por meio de demanda espontânea ou busca ativa; realizar o acolhimento da criança e seu responsável legal;
- O médico solicitante deverá preencher e assinar o Formulário de Solicitação do Palivizumabe para Prevenção da Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório (Anexo I), bem como preencher e assinar com o Responsável Legal o Termo de Consentimento Livre e Informado (Anexo II) em duas vias, uma destinada ao processo e outra entregue ao responsável legal.
- O médico solicitante e a Equipe da Unidade, deverão orientar o Responsável Legal quanto à documentação complementar necessária (Anexo III), check-list, para a tramitação do processo;
- Após cumpridas as exigências formais, o processo deverá ser encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de abrangência;
- A Secretaria Municipal de Saúde - SMS (Setor/Responsável Técnico definido realizará a conferência da documentação e encaminhará ao Escritório Regional de Saúde - ERS de referência;
- O Escritório Regional de Saúde - ERS, após verificação dos documentos, e, se estiver completo/correto deverá encaminhar o **original** do processo ao CRIE-MT. Se a documentação estiver incompleta, devolverá o processo a Secretaria Municipal de Saúde - SMS solicitando complementação/correção;
- A Equipe do CRIE-MT após receber processo realizará conferência dos documentos completos/corretos e encaminhará ao médico avaliador para Parecer Técnico; após avaliação devolverá o resultado do parecer técnico ao Escritório Regional de Saúde - ERS/Secretaria Municipal de Saúde - SMS/Polo de Aplicação para providências.
- O Escritório Regional de Saúde - ERS/Secretaria Municipal de Saúde - SMS e Polos de Aplicação, de comum acordo definirão o cronograma de aplicação com agendamento, visando a otimização de doses;
- A Superintendência de Assistência Farmacêutica-SAF, mediante o recebimento da Relação Nominal dos usuários deferidos para a sazonalidade,

enviados diretamente pelos Polos de Aplicação, realizará a distribuição do medicamento via Sistema Hórus, conforme cronograma mensal, com vistas a otimização de doses.

10. Na data agendada, a Equipe do Polo de Aplicação após acolher a criança e seu responsável, reavaliará as condições gerais da criança, confirmará a prescrição e dosagem (mediante pesagem do momento) e realizará a aplicação;

11. Após cada aplicação, a Equipe do Polo de Aplicação deverá registrar as informações pertinentes, tais como, dose aplicada, peso da criança, número do lote do medicamento e validade, intercorrências, se houver, no Cartão da Criança, no Sistema Hórus, no relatório mensal, no prontuário ambulatorial e na planilha de controle que deverá ser assinada pelo Responsável Legal, e realizará o agendamento da dose subsequente, se ainda dentro da sazonalidade;

12. Caso a criança seja faltosa, os Polos de Aplicação deverão informar ao Escritório Regional de Saúde - ERS de abrangência que comunicará a SMS/Setor/Responsável Técnico, para a realização da busca ativa;

13. Mensalmente, os Polos de Aplicação deverão alimentar o Sistema HORUS, o qual será monitorado pela Superintendência de Assistência Farmacêutica - SAF;

14. Ao final da sazonalidade os Polos de Aplicação deverão encaminhar os originais da planilha de aplicação e prontuário médico ao CRIE-MT para arquivamento;

15. Os Polos de Aplicação deverão fazer triagem dos usuários com perfil para próxima sazonalidade, completando o esquema de doses;

16. Para os ambulatoriais de Follow up, o trâmite do processo, bem como a aplicação seguirão o fluxo acima descrito.

FLUXOS POLO DE APLICAÇÃO - INTRA-HOSPITALAR

1. A Equipe da UTI Neonatal/Polo de Aplicação Intra-Hospitalar identificará as crianças que cumprirem os critérios;

2. O médico solicitante deverá orientar, informar sobre o medicamento, preencher e assinar o Formulário de Solicitação do Palivizumabe para Prevenção da Infecção pelo Vírus Sincial Respiratório (Anexo I);

3. O Médico solicitante e o Responsável Legal deverão preencher e assinar o Formulário Termo de Consentimento (Anexo II);

4. O Responsável da Unidade (definido e formalizado para o CRIE) após a conferência dos documentos, inclusive os complementares, encaminhará o processo físico à Secretaria Municipal de Saúde (SMS);

5. A Secretaria Municipal de Saúde - SMS (Setor/Responsável Técnico definido e oficializado para o Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais/CRIE) realizará a conferência da documentação e encaminhará ao Escritório Regional de Saúde (ERS);

6. O Escritório Regional de Saúde - ERS, após verificação dos documentos, encaminhará o processo original ao CRIE-MT. Se documentação incompleta, devolverá o processo a Secretaria Municipal de Saúde - SMS solicitante que devolverá ao Polo de Aplicação Intra-Hospitalar;

7. A Equipe do CRIE realizará a conferência dos requisitos e documentos necessários para a instrução do processo e encaminhará ao médico avaliador para parecer técnico;

8. Sendo o Parecer Técnico Desfavorável, o CRIE-MT deverá comunicar ao Escritório Regional de Saúde - ERS que comunica a Secretaria Municipal de Saúde - SMS e esta informa ao Polo de Aplicação Intra-Hospitalar, prestando informações a família;

9. Parecer Técnico/Médico Favorável, o CRIE informa ao Escritório Regional de Saúde - ERS, encaminhando cópia do parecer via e-mail.

10. O Escritório Regional de Saúde - ERS informa a Secretaria Municipal de Saúde - SMS e Polo de Aplicação Intra-Hospitalar, encaminhando cópia do parecer;

11. A Secretaria Municipal de Saúde - SMS realiza agendamento e retirada do medicamento para aplicação mensal diretamente na Superintendência de Assistência - SAF, conforme cronograma estabelecido pelos Polos de Aplicação, com vistas a otimização de doses;

12. No momento da administração, o médico plantonista, reavaliará as condições gerais da criança, confirmará a prescrição e dosagem (mediante pesagem do dia);

13. Após cada aplicação as equipes dos Polos de Aplicação deverão registrar as informações pertinentes, tais como: data da aplicação, peso da criança, dose aplicada, número do lote do medicamento e validade; intercorrências no Cartão da Criança; no Sistema Hórus; no prontuário hospitalar e na planilha de controle que deverá ser assinada pelo Responsável Legal, e pelo profissional vacinador (assinar e carimbar). E, realizar o agendamento da dose subsequente, se ainda dentro da sazonalidade;

14. Ao final da sazonalidade, os processos originais, deverão ser enviados aos Escritórios Regionais de Saúde - ERS de sua abrangência, para serem remetidos ao CRIE-MT para arquivamento;

15. Quando da previsão de alta hospitalar, a Equipe do Polo de Aplicação Intra-hospitalar deverá contactar ERS ou o CRIE e enviar Relatório de Alta e Planilha de Controle da Aplicação para continuidade e garantia das doses subsequentes no Polo de Aplicação Ambulatorial;

16. A Secretaria Municipal de Saúde - SMS através da Escritório Regional de Saúde - ERS deve encaminhar ao CRIE-MT o processo para avaliação e conduta de continuidade das doses subsequentes, antes do início da próxima sazonalidade;

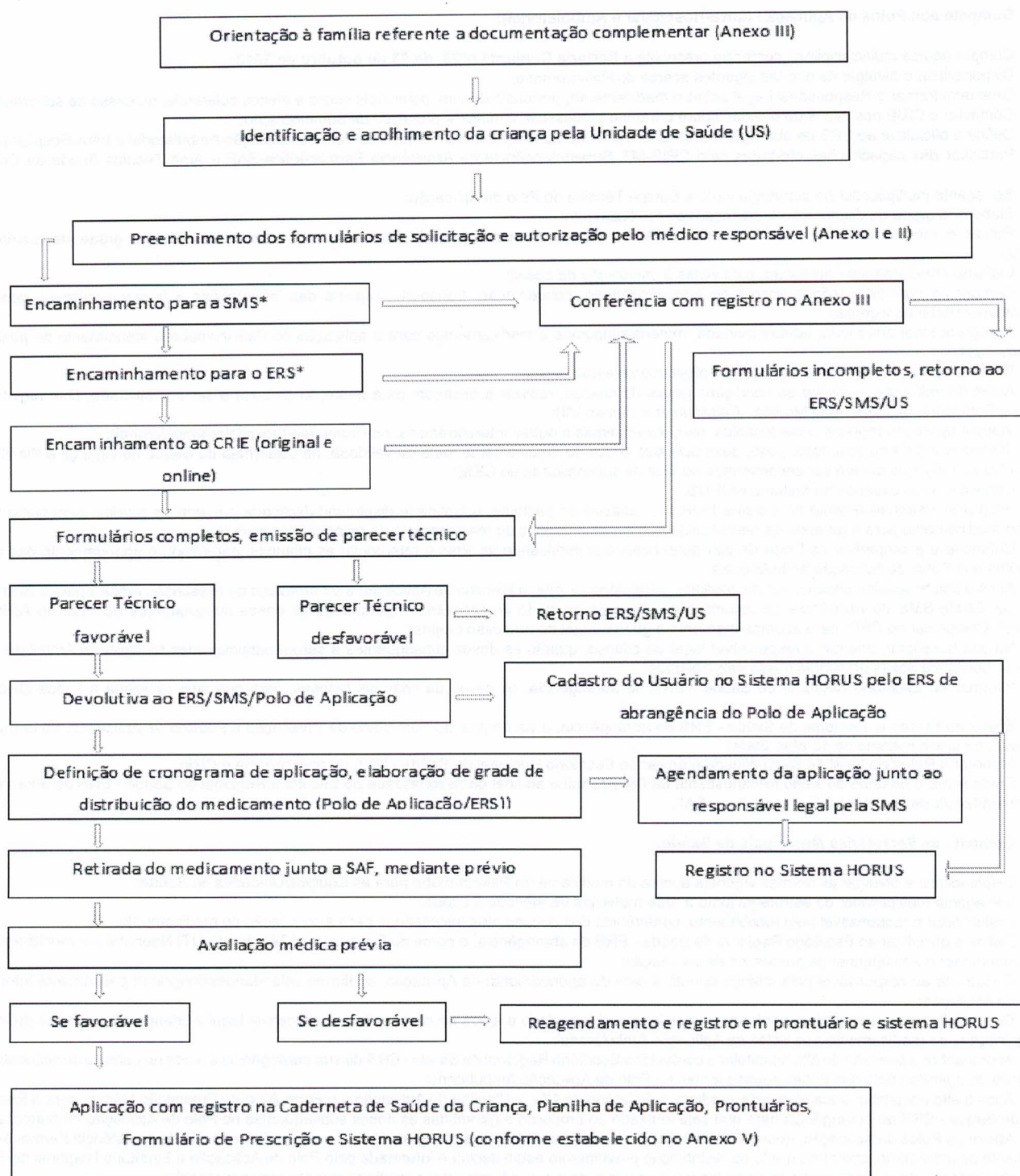
17. Ao final da sazonalidade os Polos de Aplicação Intra-hospitalar deverão encaminhar via Secretaria Municipal de Saúde-SMS/Escritório Regional de Saúde - ERS de sua abrangência, a planilha de aplicação e prontuário médico ao CRIE-MT para arquivamento (Anexos VII e VIII).

18. Processos originados nas UTIs, cujos usuários não residem no município, deverão ser enviados diretamente ao ERS de abrangência da Unidade Solicitante.

FLUXO AMBULATORIOS CUIABÁ E VÁRZEA GRANDE

1. As solicitações provenientes de ambulatorios especializados deverão ser encaminhadas diretamente ao CRIE para maior agilidade e liberação do processo ao Polo de Aplicação de referência. Visto que os ambulatorios especializados nem sempre estão ligados a um Polo de aplicação.

2. Os pacientes internados nas Unidades Hospitalares Municipais deverão ser atendidos pelo Polo de Aplicação do referido município.

FLUXOGRAMA - LIBERAÇÃO E DISPENSAÇÃO DO MEDICAMENTO PALIVIZUMABE – MT**ANEXO V - COMPETÊNCIAS DEFINIDAS****1. Compete às Unidades de Saúde:**

1. Conhecer, disponibilizar e divulgar as normas vigentes acerca do Palivizumabe;
2. Estabelecer parcerias entre a atenção básica e média e alta complexidade a fim de facilitar a divulgação do Palivizumabe e dar acesso ao maior número de crianças, segundo os critérios definidos pelo Ministério da Saúde;
3. Realizar a identificação das crianças que cumprem os critérios estabelecidos para recebimento do Palivizumabe;
4. Orientar o responsável legal sobre indicações, critérios e documentos necessários;
5. Montar o processo de solicitação conforme Anexos I, II, e documentos listados no anexo III;
6. Contactar o CRIE-MT nos casos de dúvidas sobre os critérios estabelecidos;
7. Encaminhar o processo, devidamente protocolado, com data e assinatura legível do remetente, com toda documentação necessária, conforme o fluxo (Anexo IV);
8. Acompanhar o andamento do processo;

9. Comunicar a família quanto ao Parecer Técnico final;
10. Acompanhar a criança durante a sazonalidade verificando as administrações mensais no Cartão de Vacina;
11. Realizar busca ativa, no caso de faltosos.

2. Compete aos Polos de Aplicação (Intra-Hospitalar e Ambulatorial):

1. Compor equipe multidisciplinar, conforme preconiza a **Portaria Conjunta nº23, de 03 de outubro de 2018**;
2. Disponibilizar e divulgar as normas vigentes acerca do Palivizumabe;
3. Orientar/informar o Responsável Legal sobre o medicamento, protocolo de uso, potenciais riscos e efeitos colaterais, processo de solicitação;
4. Contatar o CRIE nos casos de dúvidas sobre o trâmite processual, critérios e processo de administração;
5. Definir e oficializar ao ERS de abrangência/CRIE-MT, o nome do Responsável Técnico do Polo de Aplicação Ambulatorial e Intra-Hospitalar;
6. Participar das capacitações ofertadas pelo CRIE-MT, Superintendência de Assistência Farmacêutica-SAF e Área Técnica Saúde da Criança/SES-MT;
7. Ser agente multiplicador da estratégia junto a Equipe Técnica do Polo de Aplicação;
8. Elaborar a grade de distribuição (solicitação) do medicamento;
9. Retirar o medicamento na Superintendência de Assistência Farmacêutica-SAF, conforme agendamento, mediante grade de distribuição (solicitação);
10. Elaborar cronograma de aplicação, com vistas à otimização de doses;
11. Cumprir as normas e rotinas acerca do armazenamento, conservação, transporte, registro das informações e farmacovigilância, conforme estabelecido nas Portarias vigentes;
12. Assegurar local adequado, equipe treinada, materiais/insumos e medicamentos para a aplicação do Palivizumabe e atendimento de possíveis reações adversas;
13. Realizar aplicação, mediante cronograma previamente estabelecido;
14. Antes da aplicação, reavaliar as condições gerais da criança, realizar a pesagem para definição da dose a ser administrada, com registro em Prontuário e Formulário de Prescrição Médica - Palivizumabe (Anexo VII);
15. Após a aplicação registrar dose recebida, reações adversas e outras intercorrências, no Prontuário (hospitalar/ambulatorial);
16. Registrar a data de aplicação, peso, dose aplicada, o lote do medicamento, data de validade, na Caderneta de Saúde da Criança e Planilha de Aplicação (Anexo VIII), que deverá ser encaminhada no final da sazonalidade ao CRIE;
17. Cadastrar seus usuários no Sistema HORUS;
18. Registrar sistematicamente no sistema HORUS, cadastro do paciente, quantidade dispensada/aplicada e eventuais perdas, bem como lote e validade do medicamento para a garantia da rastreabilidade e movimentações do medicamento no estoque, dentre outros;
19. Contatar e acompanhar os Polos de aplicação hospitalar verificando as altas e referenciar as crianças, garantindo o agendamento das doses subsequentes nos Polos de Aplicação ambulatoriais;
20. Após a alta hospitalar, encaminhar de imediato, o Relatório de Alta, a Planilha de Aplicação e o Formulário de Prescrição Médica para a Secretaria Municipal de Saúde-SMS de residência do usuário para que seja anexado ao processo e garantidas as doses subsequentes no Polo de Aplicação Ambulatorial. Comunicar ao CRIE para acompanhamento e guarda legal do processo original;
21. Na alta hospitalar, orientar o responsável legal da criança, quanto às doses subsequentes a serem administradas na Unidade Ambulatorial de abrangência, conforme doses prescritas nessa sazonalidade;
22. Informar ao Escritório Regional de Saúde - ERS de abrangência, os casos de crianças faltosas, para que seja realizada a busca ativa pelo município;
23. Enviar ao Escritório Regional de Saúde - ERS de abrangência, a via original do Formulário de Prescrição e Planilha de Aplicação, ao término da sazonalidade, no prazo máximo de **15 dias úteis**;
24. Elaborar o Relatório Final da sazonalidade e enviar ao Escritório Regional de Saúde - ERS de abrangência e CRIE;
25. Encaminhar o relatório do saldo remanescente de Palivizumabe ao final da sazonalidade ao Escritório Regional de Saúde - ERS de abrangência e a Superintendência de Assistência Farmacêutica - SAF.

3. Compete às Secretarias Municipais de Saúde:

1. Disponibilizar e divulgar as normas vigentes acerca do medicamento Palivizumabe para as Equipes/Unidades de Saúde;
2. Ser agente multiplicador da estratégia junto à rede municipal de atenção à saúde;
3. Definir setor e responsável pelo recebimento, conferência dos documentos necessários para a solicitação do medicamento;
4. Definir e oficializar ao Escritório Regional de Saúde - ERS de abrangência, o nome do Responsável Técnico da UTI Neonatal por montar/receber, conferir, encaminhar e acompanhar os processos de solicitação;
5. Comunicar ao responsável pela criança quanto a data de agendamento da Aplicação, conforme calendário/cronograma previamente informado pelo Polo de Aplicação;
6. Disponibilizar, se necessário e conforme avaliação social, traslado e ajuda de custo para o responsável legal e criança provenientes do interior para as aplicações do medicamento nos Polos de Aplicação Ambulatorial;
7. Acompanhar a previsão de alta hospitalar e contatar o Escritório Regional de Saúde - ERS de sua abrangência e ainda no período de sazonalidade, para garantia do agendamento das doses subsequentes no Polo de Aplicação Ambulatorial;
8. Após a alta hospitalar, encaminhar de imediato, o Relatório de Alta, a Planilha de Aplicação e o Formulário de Prescrição Médica para o Escritório Regional de Saúde - ERS de abrangência para que seja anexado ao processo e garantidas as doses subsequentes no Polo de Aplicação Ambulatorial;
9. Apoiar os Polos de Aplicação, quando necessário, para a retirada/transporte do medicamento na Superintendência de Assistência Farmacêutica - SAF, mediante agendamento, conforme grade de distribuição previamente estabelecida e informada pelo Polo de Aplicação e Escritório Regional de Saúde - ERS de abrangência observando todos os cuidados necessários para o seu o transporte/ acondicionamento/armazenamento;
10. Discutir e pactuar em Colegiado Intergestor Regional (CIR), a implantação de Polos de Aplicação na Região de Saúde, com vistas a garantia do acesso mais próximo ao usuário.
11. Realizar busca ativa (crianças elegíveis e faltosas).

4. Compete a Unidade de Referência Estadual - CRIE/MT

1. Matricular e capacitar a equipe responsável dos Polos de Aplicação - Palivizumabe (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e administrativo);
2. Receber, analisar e emitir Parecer Técnico dos processos de solicitação do medicamento PALIVIZUMABE e informar aos ERS;
3. Arquivar os processos originais para fins de controle, avaliação e auditoria;
4. Assessorar tecnicamente os Polos de Aplicação;
5. Realizar a aplicação ambulatorial no polo do CRIE às crianças residentes em municípios/regiões de saúde que não possuam a infraestrutura mínima para a implantação de Polos de Aplicação.
6. Controlar em listagem as crianças e resultados dos pareceres considerando o Polo de Aplicação;
7. Elaborar o relatório anual da sazonalidade do Polo de aplicação CRIE;

5. Compete a Superintendência de Vigilância em Saúde e Coordenadoria do Programa Estadual de Imunização-SES/MT:

1. Garantir os insumos/materiais médico-hospitalares necessários para a aplicação do medicamento no Polo de Aplicação - CRIE-MT;

6. Compete aos Escritórios Regionais de Saúde de abrangência do Polo de Aplicação (Vigilância Epidemiológica, Atenção à Saúde, Assistência Farmacêutica):

1. Apoiar a incorporação do Palivizumabe na Região de Saúde;
2. Divulgar e discutir amplamente a estratégia junto aos municípios de abrangência;
3. Articular e pactuar em Colegiado Intergestor Regional (CIR) a implantação de Polo de Aplicação na Região de Saúde, com vistas a garantia do acesso mais próximo ao usuário;
4. Assessorar tecnicamente os municípios e Polo de Aplicação de abrangência para a incorporação da estratégia;
5. Oficializar ao CRIE-MT, o nome do Responsável Técnico do Polo de Aplicação Ambulatorial e Intra-hospitalar, provenientes da SMS;
6. Receber, conferir e enviar os processos, provenientes das Secretarias Municipais de Saúde-SMS de abrangência, ao CRIE-MT;
7. Enviar à Secretaria Municipal de Saúde-SMS e aos Polos de Aplicação da área de abrangência, os Pareceres Técnicos emitidos pelo CRIE-MT;
8. Apoiar os Polos de Aplicação/ Secretaria Municipal de Saúde-SMS, quando necessário, para a retirada/transporte do medicamento na Superintendência de Assistência Farmacêutica-SAF, mediante agendamento, conforme grade de distribuição previamente estabelecida, observando todos os cuidados para o seu transporte/armazenamento/acondicionamento adequados;
9. Monitorar, regularmente, via HORUS, a dispensação do medicamento no Polo de Aplicação de sua área de abrangência;
10. Informar a SMS, quando identificar uma criança faltosa, para a realização de busca ativa;
11. Enviar ao CRIE-MT os processos originais das crianças para serem arquivados;
12. Arquivar cópia dos processos das crianças com esquema vigente para próxima sazonalidade;
13. Enviar as planilhas de Aplicação, o Formulário de Prescrição (original) ao CRIE-MT, ao término da sazonalidade, no prazo máximo de 15 dias úteis.
14. Realizar os cadastros das crianças, a serem atendidas em sua área de abrangência, no Sistema HORUS;

7. Compete a Superintendência de Assistência Farmacêutica:

1. Coordenar juntamente com a Superintendência de Atenção à Saúde - SAS, Secretaria Adjunta de Gestão Hospitalar e Superintendência de Gestão Regional, o processo de implementação do Palivizumabe;
2. Armazenar, conservar e controlar o estoque do Palivizumabe, por meio do sistema HORUS;
3. Realizar a distribuição do medicamento Palivizumabe para todos os Polos de Aplicação;
4. Realizar o monitoramento do medicamento Palivizumabe no sistema HORUS da Superintendência de Assistência Farmacêutica - SAF;
5. Capacitar os Polos de Aplicação e ERS de abrangência, bem como prestar assessoria técnica quanto ao medicamento Palivizumabe e ao sistema HORUS;
6. Orientar, quando necessário, os profissionais de saúde sobre o medicamento;
7. Elaborar, conjuntamente com Área Técnica Saúde da Criança/Coordenadoria de Ações Programáticas Estratégicas a Saúde-COAPRE/ Superintendência de Atenção à Saúde - SAS/SES-MT a programação anual do medicamento para próxima sazonalidade;

8. Compete a Superintendência de Atenção à Saúde:

1. Coordenar conjuntamente com a Superintendência de Assistência Farmacêutica-SAF, Secretaria Adjunta de Gestão Hospitalar e Superintendência de Gestão Regional/SES-MT, a implementação do Palivizumabe no Estado;
2. Divulgar e articular a estratégia junto aos ERS e municípios;
3. Prestar assessoria técnica aos ERS e municípios;
4. Apoiar a estruturação dos serviços regionais, junto à Secretaria Adjunta de Gestão Hospitalar e Superintendência de Gestão Regional/SES-MT.

ANEXO VI

PALIVIZUMABE - Orientações aos Pais Sazonalidade 2023

O medicamento PALIVIZUMABE é indicado para prevenção da infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde - MT, seguindo os critérios estabelecidos pela CONITEC/Ministério da Saúde:

- a. Crianças nascidas com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas (até 28 semanas e 6 dias) com idade inferior a 1 ano (até 11 meses e 29 dias);
- b. Crianças com idade inferior a 2 anos (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) com doença pulmonar crônica da prematuridade, displasia bronco pulmonar, ou doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada.
- c. O período de fornecimento e aplicação compreenderá os meses de maior circulação do VSR, de acordo com a portaria nº23 de 03 de outubro de 2018, março a julho/2023, tendo seu início um mês antes da sazonalidade, sendo em: fevereiro/2023.
- d. A administração do medicamento não será estendida fora do período de sazonalidade.

Sazonalidade 2023

Para abertura do processo de solicitação do medicamento PALIVIZUMABE sazonalidade 2023, deverá apresentar as seguintes documentações:

1ª Sazonalidade:

1. Cópia da certidão de nascimento e do Cartão SUS atualizado no CADSUS;
2. Receita Médica Atualizada, ou seja, emitida na sazonalidade 2023;
3. Relatórios Médicos especificando a necessidade do uso dessa medicação:

Pacientes prematuros: anexar cópia do Relatório de Alta Hospitalar (se internada, relatório médico com justificativa da solicitação).

Pacientes com Doença Cardíaca Congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada: anexar cópia do relatório médico com a descrição da cardiopatia, o grau da hipertensão pulmonar e os medicamentos utilizados, xerox do laudo do **ecocardiograma** mais atual.

4. Formulários próprios do PALIVIZUMABE preenchido pelo Médico assistente solicitante (**anexo I, II e III**), disponível no site: **www.saude.mt.gov.br**;

5. Entregar na Secretaria Municipal de Saúde - SMS/Polos de aplicação todos documentos, para que sejam encaminhados via Escritório Regional de Saúde - ERS ao CRIE;

2ª Sazonalidade:

Para continuidade no segundo ano de vida a profilaxia com PALIVIZUMABE **não está recomendada** com base em história de prematuridade isolada, deve ser considerada a indicação de profilaxia durante a sazonalidade do VSR, nas seguintes condições:

- a) Criança menor de 2 anos com cardiopatia congênita que permanece com repercussão clínica da doença, com necessidade de uso de medicamentos específicos;
- b) Criança menor de 2 anos que preencheram critério de doença pulmonar crônica da prematuridade e continuam necessitando de tratamento de suporte como o uso de corticoide para doença pulmonar crônica, diurético ou suplemento de oxigênio durante os seis últimos meses, antes do início da segunda sazonalidade do VSR;

Conforme critérios acima, os usuários com estes perfis, deverão apresentar ao Polo de Aplicação de abrangência os seguintes documentos:

1. Cópia do Relatório Médico Atualizado - especificando a necessidade do uso e os medicamentos utilizados durante os seis últimos meses.
2. Prescrição médica em receituário que deve constar:

PALIVIZUMABE _____ Aplicar 15MG/Kg VIA IM-1x ao mês durante a sazonalidade do VSR.

Todos os documentos devem chegar ao CRIE para avaliação e parecer medico final o quanto antes possível, para que a criança tenha acesso ao maior número de doses durante a sazonalidade.

ANEXO VII - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA

POLO DE APLICAÇÃO:

NOME DO PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

NOME DA MÃE:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

TELEFONE:

AVALIAÇÃO

(verso)

**Anexo VIII - PLANILHA DE APLICAÇÃO DO MEDICAMENTO PALIVIZUMABE
SAZONALIDADE 2023**Nome do paciente: _____ POLO DE
APLICAÇÃO _____

Data de Nascimento: _____

CNS: _____



DOSE	DATA DA APLICAÇÃO	IDADE NA APLICAÇÃO	PESO ATUAL	DOSE APLICADA	LOTE	VALIDADE	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	NOME E ASSINATURA DO PROFISSIONAL ADMINISTRADOR
1ª								
2ª								
3ª								
4ª								
5ª								

EXTRATO DA PORTARIA Nº 744/2022/GBSES

Extrato da Portaria nº 744/2022/GBSES por meio da qual **A SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE** no uso de suas atribuições legais conferidas pelo artigo 69 da LC 207/2004, alterada pela lei complementar 213/2015: Considerando a manifestação final e o Parecer n.º 080/2022 da CGE, proferido às folhas 520/523v, que concluiu pela regularidade formal do processo e considerando o lapso temporal decorrido entre o conhecimento do fato pela autoridade e a presente data, restou-se alcançado pelo instituto da prescrição. Considerando os fatos e argumentos apresentados, e, por não haver mais medidas a serem adotadas, uma vez que inexistem motivos que justifiquem ações inerentes ao mesmo; Considerando o Princípio do Contraditório e da Ampla Defesa, com fulcro no art. 5º, inciso LV da Constituição Federal; **RESOLVE: Art. 1º** Homologar o relatório da Comissão Processante acostado às folhas 495/516 e o Parecer de Auditoria 008/2022 (folha 520/523v) da Controladoria Geral do Estado de Mato Grosso; **Art. 2º ABSOLVER** o servidor L. C. S. pelos fatos imputados na portaria instauradora referentes às infrações dos artigos 143, inciso X e art. 159, incisos III, IV, X e XII todos da LC 04/90; **Art. 3º CONDENAR** o servidor L. C. S. pelos fatos imputados referente ao art. 143, inciso I, II, III e IX da LC 04/90, todavia, resta inaplicável esta penalidade ante o reconhecimento da prescrição, nos termos do referido relatório. **Art. 4º DETERMINAR** a abertura de investigação preliminar, considerando a recomendação do relatório no item 12.1 de folha 515, para apurar possíveis irregularidades ali mencionadas; **Art. 5º DETERMINAR** o a remessa dos autos mediante cópia para a 3ª Promotoria de Justiça Cível de Tangará da Serra e a Procuradoria Geral do Município de Foz do Iguaçu/PR e dê

conhecimento das recomendações à Superintendência de Gestão de Pessoas da Secretaria de Estado de Saúde; **Art. 6º** Proceda-se a ciência do servidor e seu patrono, na forma da lei; **Art. 7º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. Registre-se. Publique-se. CUMPRA-SE. Cuiabá-MT, 20 de outubro de 2022. **KELLUBY DE OLIVEIRA**, Secretária de Estado de Saúde de Mato Grosso

SEAF**SECRETARIA DE ESTADO DE AGRICULTURA FAMILIAR****EXTRATO DO SEGUNDO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 067/2021/SEAF-MT (Processo Nº 124681/2020 e SEAF-PRO-2022/04449).**

Extrato do Segundo Termo Aditivo ao Contrato nº 067/2021/SEAF-MT tem por objeto o prazo de vigência do contrato nº 067/2021/SEAF-MT para 30 (trinta) dias, (22/11/2022 a 21/12/2022). O aditivo está em conformidade com o inciso II do artigo 57 da Lei 8.666/1993 e o Decreto Estadual 572/2016 que prevê a inserção da cláusula anticorrupção.

Contratante: Secretaria de Estado de Agricultura Familiar-SEAF, CNPJ nº 03.507.415/0012-05.

Contratada: K. Alisson Cardoso Me CNPJ: 28.032.542/0001-95.

Da Inalterabilidade: Ratificar as demais Cláusulas do Contrato original não abrangida neste instrumento.

Assinam: Pela SEAF a Secretária **APARECIDA MARIA BORGES BEZERRA** e pela empresa **K. ALISSON CARDOSO ME** seu representante **KEVELYN ALISSON CARDOSO**.

Data da Assinatura: 21/11/2022.

