

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 10/05/2024 | Edição: 90-B | Seção: 1 - Extra B | Página: 8

Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete da Ministra

PORTARIA GM/MS Nº 3.795, DE 10 DE MAIO DE 2024

Autoriza, em caráter excepcional e temporário, a flexibilização de regras para a dispensação de medicamentos no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), no estado do Rio Grande do Sul.

A MINISTRA DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição e considerando o Decreto Estadual nº 57.600, de 4 de maio de 2024, do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, resolve:

Art. 1º Esta Portaria autoriza, em caráter excepcional e temporário, a flexibilização de regras para a dispensação de medicamentos no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), no estado do Rio Grande do Sul.

Parágrafo único. A flexibilização de que trata esta Portaria somente se aplica às farmácias localizadas no território do estado do Rio Grande do Sul.

Art. 2º Fica dispensada a apresentação dos documentos exigidos nos incisos I e II do art. 21 do Anexo LXXVII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, na hipótese de perda em decorrência da calamidade pública.

§ 1º A dispensa de que trata o caput somente se aplica aos medicamentos incluídos no elenco do PFPPB para tratamento de asma, hipertensão e diabetes.

§ 2º O beneficiário ou seu representante legal deverá preencher e assinar a declaração constante do Anexo I a esta Portaria.

§ 3º Para fins do disposto no § 2º, fica autorizado o uso de instrumento particular de procuração simples, dispensado o reconhecimento de firma exigido pelo inciso III do art. 25 do Anexo LXXVII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, conforme modelo constante no Anexo II A esta Portaria.

Art. 3º Para fins do disposto no art. 2º, as farmácias credenciadas deverão:

I - fornecer ao beneficiário ou seu representante legal o modelo de declaração constante no Anexo I;

II - no caso de ausência da apresentação da receita médica, informar no sistema autorizador de vendas do PFPPB:

a) no campo CRM: "99999998/RS"; e

b) no campo no nome: "ATENDIMENTO CALAMIDADE RS"; e

III - arquivar a declaração preenchida e assinada, nos termos do art. 22 do Anexo LXXVII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 2017, juntamente com os cupons vinculados assinados e os documentos fiscais.

Art. 4º Ficam autorizadas dispensações no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) sem exigência de prazo de 30 (trinta) dias da última aquisição, no território do estado do Rio Grande do Sul.



Art. 5º Caso constatadas irregularidades na dispensação por meio da autorização excepcional de que trata esta Portaria, será aplicada em dobro a multa prevista no art. 42 do Anexo LXXVII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 2017, sem prejuízo das demais sanção de natureza cível, administrativa e criminal aos infratores.

Art. 6º A autorização excepcional de que trata esta Portaria perdurará enquanto houver reflexos fáticos da calamidade pública no estado do Rio Grande do Sul que justifiquem a flexibilização das regras do PFPB.

§ 1º O Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos proporá, fundamentadamente, a revogação desta Portaria, quando cessada a necessidade da autorização excepcional.

§ 2º As demais regras sobre a dispensação de medicamentos do PFPB permanecem inalteradas no período de vigência desta Portaria.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

NISIA TRINDADE LIMA

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE PERDA DE DOCUMENTOS

Eu, _____, residente à _____, Cidade _____, UF _____, CEP: _____ - _____, CPF nº _____, RG nº _____, Órgão Expedidor _____, declaro, para fins de provas perante a Coordenação-Geral do Programa Farmácia Popular, que perdi a seguinte documentação em decorrência da calamidade pública no Estado do Rio Grande do Sul:

- () Documento de identificação pessoal com foto e que conste o nº do CPF;
- () Receita Médica.

Declaro, também, que utilizo os seguintes medicamentos ou insumos:



Assinale	MEDICAMENTO	POSOLOGIA (Ex.: 2 comprimidos ao dia)	Assinale	MEDICAMENTO	POSOLOGIA (Ex.: 2 comprimidos ao dia)
	Atenolol 25 mg			Dipropionato de beclometasona 200 mcg	
	Besilato de anlodipino 5 mg			Dipropionato de beclometasona 250 mcg	
	Captopril 25 mg			Dipropionato de beclometasona 50 mcg	
	Cloridrato de propranolol 40 mg			Sulfato de salbutamol 100 mcg	
	Hidroclorotiazida 25 mg			Sulfato de salbutamol 5 mg	
	Losartana potássica 50 mg			Cloridrato de metformina 500mg	
	Maleato de enalapril 10 mg			Cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada	
	Espironolactona 25 mg			Cloridrato de metformina 850mg	
	Furosemida 40 mg			Glibenclamida 5 mg	
	Succinato de metoprolol 25 mg			Insulina humana regular 100 UI/mL	
	Brometo de ipratrópio 0,02 mg			Insulina humana 100 UI/mL	
	Brometo de ipratrópio 0,25 mg				

Por ser verdade, dato e assino o presente documento, declarando estar ciente de que responderei nas esferas cível, administrativa e criminal em caso de falsidade das informações aqui prestadas.

(Cidade)_____/RS, ____ de _____ de 2024.

Assinatura do declarante

Assinatura e nº de CRF do Farmacêutico

ANEXO II

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

Outorgante (paciente):

(nome completo)_____
(nacionalidade)_____, (estado civil)_____, (profissão)_____, portador(a) do CPF nº_____, RG nº_____, expedido pelo (órgão)_____, residente e domiciliado(a) a (rua, avenida etc.) _____, bairro _____, município _____, Estado _____, CEP _____, telefone _____.

pele presente instrumento nomeia e constitui como seu (sua) bastante Procurador(a)

Outorgado (representante legal):

(nome completo)_____
(nacionalidade)_____, (estado civil)_____, (profissão)_____, portador(a) do CPF nº_____, RG nº_____, expedido pelo (órgão)_____, residente e domiciliado(a) a (rua, avenida etc.) _____, bairro _____, município _____, Estado _____, CEP _____, telefone _____.

PODERES:

com poderes para representá-lo(a) perante estabelecimentos credenciados no Programa Farmácia Popular do Brasil - PFPB, para fins de solicitação e retirada de medicamentos para tratamento de asma, hipertensão e diabetes fornecidos pelo Programa.

(Cidade)_____/RS, ____ de _____ de 2024.

Assinatura do outorgante

