



LEI Nº 1.389, de 11 de abril de 2018.

EMENTA: DISPÕE SOBRE CRITÉRIOS PARA CONCESSÃO DO AUXÍLIO DO BENEFÍCIO DO LEITE, FÓRMULA LÁCTEA E SUPLEMENTO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

A Câmara Municipal de Marilândia, Estado do Espírito Santo, no uso de suas atribuições legais, aprova:

Artigo 1º. A destinação de recursos públicos para cobrir despesas com auxílio na forma desta lei, para pessoas físicas no âmbito do município de Marilândia é proveniente do Programa e Benefícios Eventuais Vinculados à Saúde.

Artigo 2º. Considera-se Auxílio, para os fins desta lei, a dispensação de leites, fórmulas lácteas e suplemento hipercalórico-hiperprotéico para pessoa em situação de vulnerabilidade temporária.

I – Fórmula Infantil para Lactentes de 0 a 6 meses;

II – Fórmula Infantil para Lactentes de 6 a 12 meses;

III – Suplemento alimentar hipercalórico em pó para crianças de 1 ano a 4 anos;

IV – Suplemento alimentar hipercalórico em pó para crianças a partir de 4 anos, adultos e idosos com quadro de desnutrição.

Artigo 3º. O fornecimento por meio da dispensação de leites, fórmulas lácteas e suplemento hipercalórico-hiperprotéico, dar-se-á mediante as seguintes condições:

I - Crianças menores de 1 ano, com contraindicação para aleitamento materno, que não tenham conseguido leite humano pasteurizado nos bancos de leite humano;

II - Em casos de contraindicação do aleitamento materno, quando mães infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), ou mães que precisem tomar medicamentos que são nocivos para os bebês e, ainda, bebês com doenças metabólicas raras como a fenilcetonúria e a galactosemia.

III - Adolescentes, adultos e idosos, apresentando baixo peso, combinada com avaliação subjetiva global e avaliação direta (dados de exames bioquímicos e antropométricos), mediante laudo médico e nutricional ambos com CID 10 que justifique a necessidade da suplementação.



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARILÂNDIA

Secretaria Municipal de Administração

Rua Angela Savergnini, 93 – Cep 29725-000 – Marilândia - ES

Telefone: (27) 3724-2964 – Fax: (27)3724-1098

E-mail: adminsitracao@marilandia.es.gov.br

IV – É necessário ter residência fixa no município pelo tempo mínimo de 03 (três) meses a ser comprovado por meio de comprovante de residência em nome requerido ou por declaração do proprietário do imóvel.

V – É necessário acompanhamento periódico com profissional nutricionista do município.

Artigo 4º. É vedada a dispensação àqueles que não comprovarem rigorosamente os critérios de inclusão descritos, principalmente por avaliações clínicas periódicas, nos intervalos determinados para a faixa etária.

Artigo 5º. São critérios para suspensão:

I - Não seguir as recomendações médicas e nutricionais, principalmente em relação à aderência das medidas dietéticas.

II - Recuperação nutricional estabelecida e em condições clínicas de manter aporte nutricional adequado sem necessidade de suplementação com fórmulas e suplementos dietéticos.

III - Não comparecimento para retirada do benefício por 03 datas consecutivas.

Artigo 6º. Para abrir o processo de solicitação de leites, fórmulas lácteas e suplemento hipercalórico-hiperprotéico, são necessários os seguintes documentos emitidos por médico-nutrólogo, geriatra, gastroenterologista, oncologista, pediatra, neurologista e/ ou médico da família, e nutricionista:

I - Prescrição de dieta feita pelo nutricionista, contendo dados relacionados à sexo, idade, doença de base e gasto energético;

II - Laudo médico especificando a doença de base com respectivo CID 10 e justificativa para uso de suplementação ou fórmula láctea (expedido por médico pediatra);

III - Cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento (no caso de menor de idade, cópia do documento de identidade da mãe/pai);

IV - Cópia do CPF (facultativo);

V - Cópia do comprovante de residência;

VI - Cópia do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS;

VII - Receita médica contendo a especificação da dieta, posologia, tempo de tratamento, quantitativo mensal, carimbo, assinatura e data;



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARILÂNDIA

Secretaria Municipal de Administração

Rua Angela Savergnini, 93 – Cep 29725-000 – Marilândia - ES

Telefone: (27) 3724-2964 – Fax: (27)3724-1098

E-mail: adminsitracao@marilandia.es.gov.br

VIII - Para crianças menores de 04 anos: Curva de crescimento e informar se faz uso de outra alimentação.

Parágrafo único: Para os beneficiários menores de 18 anos, no ato de retirada do auxílio, deverá ser apresentada cópia da carteira de identidade do responsável, e o benefício será entregue para o responsável ou alguém autorizado mediante procuração (Anexo II) e apresentação de RG original.

Artigo 7º. As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão à conta de dotação orçamentária nº 000909.1030100082.054.33903200000, consignada no orçamento do corrente exercício.

Artigo 8º. Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

Registre-se. Publique-se. Cumpra-se.

Marilândia-ES, 11 de abril de 2018.


GEDER CAMATA
Prefeito Municipal

Registrada na SEMADI
Na P.M.M.
Em, 11/04/2018.


Elyzangela Soares Comério
Secretária da SEMADI

Data da Publicação

O PRESENTE ATO FOI AFIXADO
NESTA PREFEITURA MUNICIPAL
DE MARILÂNDIA ESPIRITO SANTO
EM: 11/04/2018


SERVIDOR

Gabriela Camisqui Bastos
Auxiliar Administrativo

O PRESENTE ATO FOI AFIXADO NESTA
CÂMARA MUNICIPAL DE MARILÂNDIA
EM: 11/04/2018

SERVIDOR

Claudiene Maria Caliman
Assessora Legislativa



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARILÂNDIA

Secretaria Municipal de Administração

Rua Angela Savernini, 93 - Cep 29725-000 - Marilândia - ES

Telefone: (27) 3724-2964 - Fax: (27)3724-1098

E-mail: adminstracao@marilandia.es.gov.br

ANEXO I

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL LEGAL PARA RECEBIMENTO DAS FÓRMULAS NUTRICIONAIS INDUSTRIALIZADAS

Eu, _____, portador (a) do CPF _____, RG _____, residente e domiciliado (a) à rua _____, no Município de Marilândia/ES venho por meio deste, declarar que sou beneficiário/responsável do suplemento fornecido por esta Secretaria Municipal de Saúde, e estou ciente de que:

- Os suplementos nutricionais são fornecidos de acordo com suas especificações técnicas e não pelos **nomes comerciais** prescritos, podendo durante o tratamento apresentar nomes comerciais diferentes, porém com garantia de similaridade.
- É expressamente proibida a **COMERCIALIZAÇÃO** ou **DOAÇÃO** das fórmulas nutricionais recebidas, acarretando na **EXCLUSÃO** do beneficiário do programa.
- Periodicidade de fornecimento: mensal, com data definida, **NÃO SENDO ENTREGUE EM DIAS FORA DA DATA.**
- É vedado a dispensação àqueles que não comprovarem rigorosamente os critérios de inclusão descritos, por avaliações clínicas periódicas, nos intervalos determinados para a faixa etária.
- São critérios para suspensão:
 - I - Não seguir as recomendações médicas e nutricionais, principalmente em relação à aderência às medidas dietéticas.
 - II - Recuperação nutricional estabelecida e em condições clínicas de manter aporte nutricional adequado sem necessidade de suplementação com fórmulas e suplementos dietéticos.
 - III - Não comparecimento para retirada do benefício por 03 datas consecutivas.
 - IV - Denúncia por uso indevido, venda ou doação do benefício.

Assinatura

Marilândia/ES, ____ de _____ de ____.



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARILÂNDIA
Secretaria Municipal de Administração
Rua Angela Savagnini, 93 – Cep 29725-000 – Marilândia - ES
Telefone: (27) 3724-2964 – Fax: (27)3724-1098
E-mail: adminstracao@marilandia.es.gov.br

ANEXO II

PROCURAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

Data de adesão:	
Beneficiário:	
Data de nascimento:	Sexo: () F () M
CPF:	Telefone:
Endereço:	

Eu, _____, portador (a) do CPF _____, beneficiário/responsável do suplemento fornecido por esta Secretaria Municipal de Saúde, autorizo _____, portador do RG _____ a buscar o suplemento em minha ausência. Segue cópia do RG em anexo.

Assinatura

Marilândia/ES, ____ de _____ de ____.