



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 080/21 – CIB/RS

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

o número significativo de instituições de saúde do Estado do Rio Grande do Sul que relatam a indisponibilidade atual ou iminente de medicamentos para sedoanalgesia, bloqueadores neuromusculares (mantenedores de pacientes em ventilação mecânica) e vasopressores, diante da situação emergencial causada pela pandemia do COVID-19;

o acompanhamento semanal realizado pela SES/RS dos estoques e do consumo médio mensal (CMM) de medicamentos para uso humano para funcionamento de UTI's – "Kit Intubação", através de formulário semanal específico preenchido pelos hospitais, comprovando tal necessidade;

a crise de abastecimento nacional desses medicamentos atingir todas as instituições de saúde, incluindo a rede hospitalar privada, UPAs e Pronto Atendimentos;

a necessidade de atualização da Resolução nº 174/20 - CIB/RS, em razão do pactuados na Resolução nº 056/21 - CIB/RS, com a inclusão dos hospitais privados, Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) e Pronto Atendimentos (PA's) que preencherem os critérios de distribuição;

a pactuação realizada na Reunião Extraordinária da CIB/RS, de 15/04/2021.

RESOLVE:

Art. 1º - Pactuar o fornecimento mediante ressarcimento dos medicamentos de intubação Orotraqueal (IOT) e de manutenção da sedação e analgesia na ventilação mecânica aos hospitais contratualizados pelo SUS sob gestão estadual, sob gestão municipal e hospitais privados.

Art. 2º. A Secretaria Estadual de Saúde realizará o processo de aquisição de medicamentos e deverá ser ressarcida dos valores financeiros conforme descrito a seguir:

I – Hospitais contratualizados pelo SUS e estão sob gestão estadual: ocorrerá mediante retenção, em até 30 dias da entrega do lote de medicamentos, nos valores contratualizados e pagos pelo Estado, amparada em "Termo de Aceite" (anexo I), assinado pelo representante legal do hospital;

II – Hospitais contratualizados, Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) e Pronto Atendimentos (PA's) que atendem pelo SUS e estão sob gestão municipal: ocorrerá mediante a retenção, em até 30 dias da entrega do lote de medicamentos, nos valores de incentivos ou programas estaduais repassados ao respectivo município, amparada em "Termo de Aceite" (anexo II), assinado pelo representante legal do Hospital, Secretário Municipal de Saúde e pelo Prefeito Municipal;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

III – Hospitais Privados ou hospitais que não prestam atendimento pelo SUS: ocorrerá mediante o pagamento de guia de recolhimento emitida pelo Fundo Estadual de Saúde, com vencimento em até 30 dias da entrega do lote de medicamento, amparado em “Termo de Aceite” (anexo III), assinado pelo representante legal do hospital.

Parágrafo Único - Na hipótese do inciso II, é de responsabilidade da respectiva Secretaria Municipal de Saúde garantir, por meio de instrumento formal, junto ao hospital contratualizado, a forma de ressarcimento dos valores correspondentes aos medicamentos recebidos através da Secretaria Estadual de Saúde.

Art. 3º - A entrega dos medicamentos, pela Secretaria de Estado da Saúde, está condicionada a entrega do “Termo de Aceite” de que tratam os incisos I a III do art. 2º devidamente assinado.

Art. 4º - Os critérios de distribuição dos medicamentos são os pactuados na Resolução nº 056/21 – CIB/RS.

Art. 5º - As distribuições de cada remessa de medicamentos de que tratam os Arts. 1º e 2º desta Resolução será discriminada na forma de Anexos à presente Resolução CIB/RS, com o quantitativo destinado a cada instituição beneficiada, observando-se os critérios gerais definidos na presente normativa e, quando houver, critério(s) específico(s) da remessa.

Art. 6º - Esta Resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação, revogando-se a Resolução nº 174/20 – CIB/RS.

Porto Alegre, 16 de abril de 2021.

ARITA BERGMANN
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO I – RESOLUÇÃO Nº 080/21 – CIB/RS

HOSPITAIS SOB GESTÃO ESTADUAL

**TERMO DE ACEITE – EMERGÊNCIA COVID-19 E AUTORIZAÇÃO DE RETENÇÃO DE VALORES
HOSPITAIS CONTRATUALIZADOS PELO ESTADO**

Dados do Estabelecimento	
Nome:	
Endereço:	
CNPJ:	
CNES:	
Nº do contrato com a SES:	
Dados do Representante	
Nome do Representante:	
CPF do Representante:	

1. DO OBJETO:

Este Termo de Aceite estabelece compromissos a serem cumpridos pelo hospital acima identificado, decorrentes do aceite dos medicamentos adquiridos pela SES/RS listados em ANEXO, para suprir o desabastecimento dos medicamentos que integram o "kit intubação" no atendimento da demanda de pacientes críticos em Unidades de Terapia Intensivas (UTIs), diante da situação emergencial causada pela pandemia do COVID-19.

2. DA RETENÇÃO DOS VALORES CORRESPONDENTES AO(S) MEDICAMENTO(S)

2.1. O hospital acima identificado autoriza que o Estado retenha o montante pago pelos medicamentos listados em anexo do valor contratual a ser repassado a esta instituição no mês subsequente ao recebimento.

2.2. O valor a ser retido para ressarcimento ao Estado observará o teto (preço máximo de medicamentos) estabelecido pela CMED (Preço Fabrica (PF) ICMS 18%, disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/listas-de-precos>) ou menor valor obtido pela compra centralizada pela SES/RS.

3. DO COMPROMISSO ASSUMIDO PELO HOSPITAL

O hospital compromete-se a receber os medicamentos em data a ser agendada pela SES/RS, destinando os fármacos para atendimento da demanda de pacientes críticos em Unidades de Terapia Intensivas (UTIs), diante da situação emergencial causada pela pandemia do COVID-19.

Diretor do Hospital:

Nome completo:

CPF:

Assinatura: _____



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

TERMO DE ACEITE

CNES do Hospital: _____

Estabelecimento Hospitalar: _____

Município: _____

Medicamentos do Kit intubação disponibilizados para esta instituição hospitalar, mediante assinatura do presente Termo de Aceite, com quantitativo, valor unitário e valor total conforme tabela a seguir:

Medicamento	Valor Unitário	Qdade.	Total por Medicamento
ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML (amp 2,5 ML)			
ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML (amp 5 ML)			
DEXMEDETOMIDINA, CLORIDATO 100MCG/ML (amp 2 ml)			
DEXTROCETAMINA, CLORIDRATO 50MG/ML (10 ml)			
DIAZEPAM 5MG/ML (amp 2 ml)			
EPINEFRINA 1MG/ML (amp 1 ml)			
ETOMIDATO 2 MG/ML (framp. 10ml)			
FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML (framp. 10 ml)			
LIDOCAÍNA 20 MG/ML (2%) SEM VASOCONSTRICTOR (framp 20ml)			
MORFINA, SULFATO 10 MG/ML (amp. 1 ml)			
PROPOFOL 10 MG/ML (framp 20 ml)			
SUXAMETÔNIO, CLORETO 100 MG Framp			
Total Geral			R\$ 0
Valor por extenso			

Diretor do Hospital:

Nome completo:

CPF:

Assinatura: _____



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO II – RESOLUÇÃO Nº 080/21 – CIB/RS

Hospitais sob Gestão Municipal

**TERMO DE ACEITE – EMERGÊNCIA COVID-19 E AUTORIZAÇÃO DE RETENÇÃO DE VALORES
MUNICÍPIOS COM GESTÃO DOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES**

Dados do Município	
Município:	
CNPJ do FMS:	
Recurso Indicado para Retenção:	
Dados do Secretário Municipal de Saúde	
Nome do Representante:	
CPF do Representante:	

1. DO OBJETO:

Este Termo de Aceite estabelece compromissos a serem cumpridos pelo gestor municipal do SUS, decorrentes do aceite dos medicamentos adquiridos pela SES/RS listados em ANEXO, para suprir o desabastecimento dos medicamentos que integram o “kit intubação” no atendimento da demanda de pacientes em ventilação mecânica, diante da situação emergencial causada pela pandemia do COVID-19.

2. DA RETENÇÃO DOS VALORES CORRESPONDENTES AO(S) MEDICAMENTO(S) NOS INCENTIVOS ESTADUAIS

2.1. O Município acima identificado autoriza que o Estado retenha o montante pago pelos medicamentos listados em anexo do valor a ser repassado a este município referente a incentivos estaduais no mês subsequente ao recebimento.

2.2. O valor a ser retido para ressarcimento ao Estado observará o teto (preço máximo de medicamentos) estabelecido pela CMED (Preço Fabrica (PF) ICMS 18%, disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/listas-de-precos>) ou menor valor obtido pela compra centralizada pela SES/RS.

3. DO COMPROMISSO ASSUMIDO PELA GESTÃO MUNICIPAL DO SUS

A gestão municipal do SUS compromete-se a acompanhar o recebimento dos medicamentos no(s) serviços de saúde designado(s) no ANEXO, em data a ser agendada pela SES/RS, prestando informações à gestão estadual quando solicitadas e fiscalizando a correta destinação dos fármacos (atendimento emergencial para suprir o desabastecimento dos medicamentos que integram o “kit intubação” no atendimento da demanda de pacientes críticos em Unidades de Terapia Intensivas (UTIs), diante da situação emergencial causada pela pandemia do COVID-19).

Secretário Municipal de Saúde:

Nome completo do Secretário Municipal de Saúde:

CPF:

Assinatura: _____

Prefeito Municipal:

Nome completo do Prefeito:

CPF:

Assinatura: _____

Manifestação do Hospital _____

Favorável: () SIM () NÃO, em anexo.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

TERMO DE ACEITE

CNES do Hospital: _____

Estabelecimento Hospitalar: Hospital _____

Município: _____

Medicamentos do Kit intubação disponibilizados para este estabelecimento de saúde, mediante assinatura do presente Termo de Aceite, com quantitativo, valor unitário e valor total conforme tabela a seguir:

Medicamento	Valor Unitário	Qdade	Total por Medicamento
ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML (amp 2,5 ML)			
ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML (amp 5 ML)			
DEXMETOMIDINA, CLORIDATO 100MCG/ML (amp 2 ml)			
DEXTROCETAMINA, CLORIDRATO 50MG/ML (10 ml)			
DIAZEPAM 5MG/ML (amp 2 ml)			
EPINEFRINA 1MG/ML (amp 1 ml)			
ETOMIDATO 2 MG/ML (framp. 10ml)			
FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML (framp. 10 ml)			
LIDOCAÍNA 20 MG/ML (2%) SEM VASOCONSTRICTOR (framp 20ml)			
MORFINA, SULFATO 10 MG/ML (amp. 1 ml)			
PROPOFOL 10 MG/ML (framp 20 ml)			
SUXAMETÔNIO, CLORETO 100 MG Framp			
Total Geral			R\$ 0
Valor por extenso			

Secretário Municipal de Saúde:

Nome completo do Secretário Municipal de Saúde:

CPF:

Assinatura: _____

Prefeito Municipal:

Nome completo do Prefeito:

CPF:

Assinatura: _____

Manifestação do Hospital _____

Favorável: () SIM () NÃO, em anexo.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO III – RESOLUÇÃO Nº 080/21 – CIB/RS

HOSPITAIS PRIVADOS OU QUE NÃO PRESTAM SERVIÇOS PARA O SUS

**TERMO DE ACEITE – EMERGÊNCIA COVID-19 E AUTORIZAÇÃO DE RETENÇÃO DE VALORES
HOSPITAIS PRIVADOS OU QUE NÃO PRESTAM SERVIÇOS PARA O SUS**

Dados do Estabelecimento	
Nome:	
Endereço:	
CNPJ:	
CNES:	
Nº do contrato com a SES:	
Dados do Representante	
Nome do Representante:	
CPF do Representante:	

1. DO OBJETO:

Este Termo de Aceite estabelece compromissos a serem cumpridos pelo hospital acima identificado, decorrentes do aceite dos medicamentos adquiridos pela SES/RS listados em ANEXO, para suprir o desabastecimento dos medicamentos que integram o “kit intubação” no atendimento da demanda de pacientes críticos em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), diante da situação emergencial causada pela pandemia do COVID-19.

2. DA RETENÇÃO DOS VALORES CORRESPONDENTES AO(S) MEDICAMENTO(S)

2.1. O hospital acima identificado autoriza que o Estado retenha o montante pago pelos medicamentos listados em anexo do valor contratual a ser repassado a esta instituição no mês subsequente ao recebimento.

2.2. O valor a ser retido para ressarcimento ao Estado observará o teto (preço máximo de medicamentos) estabelecido pela CMED (Preço Fabrica (PF) ICMS 18%, disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/listas-de-precos>) ou menor valor obtido pela compra centralizada pela SES/RS.

3. DO COMPROMISSO ASSUMIDO PELO HOSPITAL

O hospital compromete-se a receber os medicamentos em data a ser agendada pela SES/RS, destinando os fármacos para atendimento da demanda de pacientes críticos em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), diante da situação emergencial causada pela pandemia do COVID-19.

Diretor do Hospital:

Nome completo:

CPF:

Assinatura: _____



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

TERMO DE ACEITE

CNES do Hospital: _____

Estabelecimento Hospitalar: Hospital _____

Município: _____

Medicamentos do Kit intubação disponibilizados para esta instituição hospitalar, mediante assinatura do presente Termo de Aceite, com quantitativo, valor unitário e valor total conforme tabela a seguir:

Medicamento	Valor Unitário	Qdade.	Total por Medicamento
ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML (amp 2,5 ML)			
ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML (amp 5 ML)			
DEXMEDETOMIDINA, CLORIDATO 100MCG/ML (amp 2 ml)			
DEXTROCETAMINA, CLORIDRATO 50MG/ML (10 ml)			
DIAZEPAM 5MG/ML (amp 2 ml)			
EPINEFRINA 1MG/ML (amp 1 ml)			
ETOMIDATO 2 MG/ML (framp. 10ml)			
FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML (framp. 10 ml)			
LIDOCAÍNA 20 MG/ML (2%) SEM VASOCONSTRICTOR (framp 20ml)			
MORFINA, SULFATO 10 MG/ML (amp. 1 ml)			
PROPOFOL 10 MG/ML (framp 20 ml)			
SUXAMETÔNIO, CLORETO 100 MG Framp			
Total Geral			R\$ 0
Valor por extenso			

Diretor do Hospital:

Nome completo:

CPF:

Assinatura: _____