COMISSÃO DE CONTROLE SOCIAL

KIT LEGIS CMS

1. Legislação Federal
2. Legislação do Estado do Rio de Janeiro
3. Legislação do Município do Rio de Janeiro

TRIBUNAL DE CONTAS
DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

TRIBUNAL PLENO
Presidente: Conselheiro Luiz Antônio Chrispim Guaraná
Vice-Presidente: Conselheiro Thiago Kwiatkowski Ribeiro
Corregedor: Conselheiro Ivan Moreira dos Santos
Conselheiro Nestor Guimarães Martins da Rocha
Conselheiro Felipe Galvão Puccioni
Conselheiro David Carlos Pereira Neto
Conselheiro Bruno Maia de Carvalho
Conselheiro-Substituto Dicler Forestieri Ferreira
Conselheiro-Substituto Igor dos Reis Fernandes
Conselheiro-Substituto Emil Leite Ibrahim

PROCURADORIA ESPECIAL
Procurador-Chefe: Carlos Henrique Amorim Costa

SECRETARIA GERAL DA PRESIDÊNCIA
Secretária-Geral: Márcia Beatriz Lins Izidoro

CHEFIA DE GABINETE DA PRESIDÊNCIA
Chefe de Gabinete: Flavio Torres Nunes

SECRETARIA GERAL DE CONTROLE EXTERNO
Secretário-Geral: Fabio Furtado de Azevedo

SECRETARIA GERAL DE ADMINISTRAÇÃO
Secretário-Geral: Heleno Chaves Monteiro

COMISSÃO DE CONTROLE SOCIAL
Coordenador: Cláudio Sancho Mônica
André Duarte Alves de Brito
Bruno Volaro Caminha Xavier
Carolina Andrade Queiroz
Carlos Alberto Borges Delgado Junior
Carlos Augusto Werneck de Carvalho
Filipe Bessa de Almeida
Josias Ramos Vieira
Ketza Cardoso Leite da Silva
Leandro Seabra Canelas
Luiza de Abreu Correia
Marcelo Simas Ribeiro
Marcus Vinícius Pinto da Silva
Ricardo da Silva Diniz Gonsalves
Rodolfo Luiz Pardo dos Santos

ORGANIZAÇÃO
Marcelo Simas Ribeiro
Auditor de Controle Externo

APRESENTAÇÃO

A Constituição Federal (CF), em seu art. 196, definiu a saúde como "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Com base na CF, a organização dessas ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade.

Diante desse cenário, os conselhos municipais de saúde surgem como importantes atores para garantia do direito fundamental à saúde, pois são instrumentos de materialização da gestão democrática, possibilitando a participação da sociedade na criação, na condução, no controle e no acompanhamento da gestão pública sobre as diretrizes das políticas de saúde.

No âmbito do Município do Rio de Janeiro, por intermédio da Lei Municipal nº 5.104/2009[1], foi criado o Conselho Municipal de Saúde (CMS), órgão colegiado, deliberativo e permanente, do Sistema Único de Saúde (SUS), que integra a estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), nos termos da Lei nº 8.142/1990, para auxiliar a administração pública na análise, planejamento e aplicação de políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros, bem como na fiscalização das ações governamentais e nas decisões de matéria de sua competência.

Com o objetivo de colaborar com a qualificação dos membros do CMS, o TCMRio, por intermédio de sua Comissão de Controle Social, disponibiliza o presente Kit Legis (CF, leis, decretos, resoluções e deliberação) a fim de facilitar a consulta à legislação pelos integrantes do Conselho.

Rio de Janeiro, 24 de agosto de 2023.

Cláudio Sancho Mônica
Auditor de Controle Externo
Coordenador da Comissão de Controle Social

[1] Revogou as Leis nº 1.746/1991 e nº 2.011/1993.

Sumário

1. Legislação Federal 10
1.1. Constituição da República Federativa do Brasil 10
1.2. Lei nº 8.080/1990 (Ações e Serviços de Saúde) 28
1.3. Lei nº 8.142/1990 (SUS) 43
1.4. Lei nº 8.689/1993 (Extinção do INAMPS) 45
1.5. Lei nº 9.637/1998 (Organizações Sociais) 47
1.6. Lei Complementar nº 141/2012 (ASPS) 52
1.7. Lei nº 11.634/2007 (Direito da Gestante ao Conhecimento e a Vinculação à Maternidade - SUS) 61
1.8. Lei nº 12.732/2012 (Primeiro Tratamento de Paciente com Neoplasia Maligna Comprovada) 62
1.9. Lei nº 12.764/2012 (Política Nacional dos Direitos da Pessoa com TEA) 63
1.10. Lei nº 12.845/2013 (Pessoas em situação de Violência Sexual - SUS) 65
1.11. Lei nº 14.572/2023 (Política Nacional de Saúde Bucal - SUS) 66
1.12. Lei nº 14.598/2023 (Realização de Exames em Gestantes) 67
1.13. Lei nº 14.648/2023 (Ozonioterapia no Território Nacional) 67
1.14. Lei nº 14.650/2023 (Dia Nacional da Diálise) 68
1.15. Decreto nº 1.232/1994 (Repasse Regular e Automático - FNS) 68
1.16. Decreto nº 1.651/1995 (Sistema Nacional de Auditoria - SUS) 70
1.17. Decreto nº 3.964/2001 (Fundo Nacional de Saúde) 72
1.18. Decreto nº 5.839/2006 (CNS - Organização, Atribuições e Processo Eleitoral) 75
1.19. Decreto nº 7.507/2011 (Movimentação de Recursos Federais transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios) 77
1.20. Decreto nº 7.508/2011 (Regulamenta a Lei nº 8.080/1990) 78
1.21. Decreto nº 7.827/2012 (SIOPS) 84
1.22. Decreto nº 8.368/2014 (Política Nacional dos Direitos da Pessoa com TEA) 89
1.23. Decreto nº 9.190/2017 (Programa Nacional de Publicização - PNP) 91
1.24. Resolução CNS nº 453/2012 (Diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde) 98
1.25. Resolução CNS nº 714/2023 (Campanha - Conselhos Locais de Saúde) 102
1.26. Resolução CNS nº 715/2023 (Orientações Estratégicas - 17ª Conferência Nacional de Saúde) 104
2. Legislação do Estado do Rio de Janeiro 112

2.1. Lei Complementar nº 152/2013 (CES/RJ) 112
3. Legislação do Município do Rio de Janeiro 116
3.1. Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro 116
3.2. Lei nº 1.583/1990 (FMS) 127
3.3. Decreto nº 9.865/1990 (Regulamenta a Lei n º 1.583/1990) 129
3.4. Lei nº 5.104/2009 (CMS e CDSs) 131
3.5. Lei nº 6.258/2017 (Proibição de Contratação de Membros do CMS e dos CDSs) 137
3.6. Decreto Rio nº 44.031/2017 (Ressarcimento de Gastos com Alimentação) 138
3.7. Deliberação S/COMS nº 64/2010 (Regimento Interno do CMS) 139
3.8. Lei nº 3.189/2001 (Orçamento Participativo) 148
3.9. Lei nº 6.906/2021 (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável) 151
3.10. Lei nº 5.874/2015 (Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio) 155
3.11. Lei nº 5.917/2015 (Capacitação dos Profissionais na Rede Pública de Atenção Primária) 156
3.12. Lei nº 6.020/2015 (Programa Farmácia Popular) 156
3.13. Lei nº 6.061/2016 (Programa Cuidador de Pessoa com Deficiência ou Mobilidade Reduzida) 157
3.14. Lei nº 6.062/2016 (Registro do Grupo Sanguíneo e Fator RH nos Uniformes) 157
3.15. Lei nº 6.103/2016 (Obrigatoriedade de Instalação de Mamógrafos) 158
3.16. Lei nº 6.116/2016 (Combate à Dengue nos Cemitérios) 158
3.17. Lei nº 6.148/2017 (Proteção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência) 159
3.18. Lei nº 6.153/2017 (Divulgação dos Preços Pagos por Medicamentos e Serviços) 159
3.19. Lei nº 6.186/2017 (Programa de Prevenção da Saúde dos Pés) 160
3.20. Lei nº 6.204/2017 (Teste de Triagem Neonatal) 160
3.21. Lei nº 6.239/2017 (Projeto Gravidez Segura de Prevenção à SAF) 161
3.22. Lei nº 6.248/2017 (Proibição de Cobrança de Valores para Utilização de Estacionamento de Veículos) 161
3.23. Lei nº 6.252/2017 (Exame Psicológico aos Alunos da Rede Municipal de Ensino) 162
3.24. Lei nº 6.300/2017 (Redução de Danos e Riscos) 162
3.25. Lei nº 6.305/2017 (Doulas) 163
3.26. Lei nº 6.366/2018 (Amparo às Pessoas Vítimas de Violência) 165
3.27. Lei nº 6.371/2017 (Inserção do Tipo Sanguíneo e do fator Rh do Recém-nascido e de sua Mãe) 165
3.28. Lei nº 6.378/2018 (Prazo para Recebimento de Medicamentos) 165
3.29. Lei nº 6.417/2018 (Fila de espera para Serviços e/ou Ações de Saúde) 166
3.30. Lei Complementar nº 208/2019 (Gerador de Energia nos Hospitais) 167

3.31. Lei nº 6.439/2019 (Professores Portadores da Síndrome de Burnout) 167
3.32. Lei nº 6.442/2019 (Direito ao Atendimento Odontológico) 168
3.33. Lei nº 6.490/2019 (Listagem de Medicamentos Proibidos, Interditados e Suspensos) 168
3.34. Lei nº 6.492/2019 (Ingresso de Animais Domésticos nos Hospitais) 168
3.35. Lei nº 6.519/2019 (Classes Hospitalares) 169
3.36. Lei nº 6.534/2019 (Serviço de Mensagens - Aedes Aegypti) 170
3.37. Lei nº 6.537/2019 (Informatização da Carteira de Vacinação) 171
3.38. Lei nº 6.541/2019 (Prioridade Especial para os maiores de Oitenta Anos) 171
3.39. Lei nº 6.543/2019 (Direitos da Gestante e Acompanhante - Pré-parto, Parto e Pós-parto) 171
3.40. Lei nº 6.550/2019 (Rede Pública de Saúde - Exame Pré-nupcial) 172
3.41. Lei nº 6.552/2019 (Unidades de Saúde - Profissionais de Odontologia) 172
3.42. Lei nº 6.556/2019 (Sistema Móvel de Coleta de Sangue) 173
3.43. Lei nº 6.574/2019 (Atendimento com Acessibilidade) 173
3.44. Lei nº 6.587/2019 (Permissão de Animais Terapeutas) 173
3.45. Lei nº 6.595/2019 (Centro Municipal de Coleta de Sangue na AP-5) 175
3.46. Lei nº 6.635/2019 (Maternidade - Dr. George Sterblitch) 175
3.47. Lei nº 6.641/2019 (Unidades de Saúde - Lista de Funcionários Presentes) 175
3.48. Lei nº 6.674/2019 (Programa de Conscientização sobre a Dislexia) 176
3.49. Lei nº 6.687/2019 (Notificação Compulsória - Doenças Raras e Genéticas) 176
3.50. Lei nº 6.693/2019 (Programa Municipal de Prevenção ao Alcoolismo entre Mulheres) 177
3.51. Lei nº 6.712/2020 (Consultas Dermatológicas e Oftalmológicas para Pessoas com Acromatose) 177
3.52. Lei nº 6.714/2020 (Política Municipal de Cuidados Paliativos) 178
3.53. Lei nº 6.756/2020 (Transferência do Paciente Internado para fora da Região Metropolitana) 179
3.54. Lei nº 6.779/2020 (Vacinação dos Adolescentes contra o Vírus HPV) 179
3.55. Lei nº 6.785/2020 (Imunização de Idosos - Pneumonia) 180
3.56. Lei nº 6.803/2020 (Prática da Atividade Física e do Exercício Físico como Essenciais à Saúde) 180
3.57. Lei nº 6.805/2020 (Assistência Psicológica e Social aos Alunos Vítimas de Bullying) 181
3.58. Lei nº 6.817/2020 (Ressarcimento - Responsabilidade do Agressor) 181
3.59. Lei nº 6.821/2020 (Política Municipal de Conscientização e Orientação sobre a Endometriose) 182
3.60. Lei nº 6.822/2020 (Permanência e Obrigatoriedade do Profissional Fisioterapeuta – UTI) 183
3.61. Lei nº 6.864/2021 (Saúde Vocal e Auditiva dos funcionários da SME) 184

3.62. Lei nº 6.865/2021 (Descarte de Agulhas, Seringas e Curativos) 184
3.63. Lei nº 6.898/2021 (Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal) 184
3.64. Lei nº 6.907/2021 (Orientações para Primeiros Socorros - Recém-nascidos) 186
3.65. Lei nº 6.915/2021 (Ações de Capacitação dos Profissionais - Rede Pública de Atenção Primária) 186
3.66. Lei nº 6.918/2021 (Assistência Psicológica a Vítimas da Violência Doméstica e Familiar) 187
3.67. Lei nº 6.919/2021 (Profissional Capacitado para atender Vítimas de Violência Doméstica e Sexual) 188
3.68. Lei nº 6.923/2021 (Aromaterapia no SUS) 188
3.69. Lei nº 6.954/2021 (Lista de Funcionários Contratados) 189
3.70. Lei nº 6.956/2021 (Programa de Acesso ao Tratamento Odontológico) 189
3.71. Lei nº 6.972/2021 (Rol de Medicamentos disponíveis para Distribuição Gratuita) 189
3.72. Lei nº 6.977/2021 (Programa Ambulatorial de Fisioterapia Respiratória) 190
3.73. Lei nº 7.018/2021 (Sistema de Coleta de Dados Biométricos de Recém-nascidos) 190
3.74. Lei nº 7.021/2021 (Assistência às Parturientes) 191
3.75. Lei nº 7.025/2021 (Diagnósticos de Doenças causadas pela falta de Saneamento Básico) 191
3.76. Lei nº 7.064/2021 (Publicação do Boletim Juliana Dellabary) 192
3.77. Lei nº 7.077/2021 (Programa de Proteção à Saúde Bucal da Pessoa com TEA) 193
3.78. Lei nº 7.091/2021 (Programa Ambulatorial de Saúde Mental pós-Covid) 194
3.79. Lei nº 7.109/2021 (Inclusão das Pessoas com Deficiência Intelectual e Múltipla) 194
3.80. Lei nº 7.170/2021 (Banco de Sangue e de Medula Óssea Virtual do Município do Rio de Janeiro - BASMOV) 195
3.81. Lei nº 7.175/2021 (Programa de Agentes Comunitários de Saúde - Ambiente Escolar) 196
3.82. Lei nº 7.176/2021 (Programa de Apoio ao Obeso Mórbido) 196
3.83. Lei nº 7.182/2021 (Programa Contínuo de Diagnóstico e Tratamento da Depressão Pós-Parto) 197
3.84. Lei nº 7.197/2021 (Programa de Navegação de Paciente) 197
3.85. Lei nº 7.212/2021 (Publicidade dos Direitos da Pessoa portadora de Câncer) 198
3.86. Lei nº 7.226/2022 (Macas e Cadeiras de Rodas dimensionadas para Obesos) 199
3.87. Lei nº 7.243/2022 (Terapeuta Ocupacional - AVD e AIVD) 200
3.88. Lei nº 7.250/2022 (Orientação e Informação - Legislação e Procedimentos relativos a Transplante de Órgãos) 200
3.89. Lei nº 7.259/2022 (Disponibilização de Desfibrilador Cardíaco) 201
3.90. Lei nº 7.278/2022 (Exames para Diagnóstico Precoce da Encefalopatia Crônica não Progressiva da Infância (PC - Paralisia Infantil) - DIPREPAC) 201

3.91. Lei nº 7.286/2022 (Política Municipal de Controle e Eliminação da Tuberculose) 202
3.92. Lei nº 7.299/2022 (Campanha de Cuidados com as Doenças Vasculares) 204
3.93. Lei nº 7.300/2022 (Demonstração da aplicação da Manobra de Heimlich) 205
3.94. Lei nº 7.324/2022 (Presença do Acompanhante de Pacientes maiores de Sessenta Anos de Idade) 205
3.95. Lei nº 7.380/2022 (Programa de Orientação, Apoio e Atendimento aos Familiares e Cuidadores dos Portadores da Doença de Alzheimer) 206
3.96. Lei nº 7.383/2022 (Política Municipal de Conscientização e Orientação sobre o LES) 206
3.97. Lei nº 7.404/2022 (Procedimentos - Humanização do Luto Materno e Parental) 207
3.98. Lei nº 7.406/2022 (Fisioterapeuta nas Maternidades) 208
3.99. Lei nº 7.416/2022 (Divulgação da Identificação do Mutismo Seletivo) 208
3.100. Lei nº 7.485/2022 (Programa Olhares Infantis - Retinoblastoma) 209
3.101. Lei nº 7.510/2022 (Direito à presença de um Intérprete - LIBRAS) 209
3.102. Lei nº 7.528/2022 (Profissional Capacitado para atender Crianças Vítimas de Abuso Sexual) 210
3.103. Lei nº 7.533/2022 (Centro de Valorização da Vida - CVV) 210
3.104. Lei nº 7.632/2022 (Programa de Capacitação Anual de Profissionais da Saúde para Cuidar da saúde integral de mulheres LGBTQIA+) 211
3.105. Lei nº 7.655/2022 (Campanha de Conscientização sobre a Depressão Infantil e na Adolescência) 211
3.106. Lei nº 7.687/2022 (Humanização do Parto e Combate à Violência Obstétrica) 212
3.107. Lei nº 7.688/2022 (Notificação Compulsória - Violência contra a Pessoa Idosa) 217
3.108. Lei nº 7.697/2022 (Programa Municipal de Prevenção ao Acidente Vascular Encefálico) 217
3.109. Lei nº 7.711/2022 (Programa de Saúde do Homem) 218
3.110. Lei nº 7.726/2022 (Comunicação ao MP de casos de vestígios de Maus-tratos contra a Pessoa com Deficiência) 219
3.111. Lei nº 7.731/2022 (Programa de Enfrentamento do Parto Prematuro) 219
3.112. Lei nº 7.732/2022 (Receita de Medicamentos a serem ministrados no Horário Letivo) 220
3.113. Lei nº 7.749/2022 (Saúde Integral para a População Negra) 220
3.114. Lei nº 7.839/2023 (Unidades Públicas Municipais de Saúde - Soro Antiofídico) 221
3.115. Lei nº 7.850/2023 (Diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista) 222
3.116. Lei nº 7.859/2023 (Direito da Mulher - Acompanhamento nas Consultas e Exames) 222
3.117. Lei nº 7.883/2023 (Diagnóstico de Mioma Uterino) 223
3.118. Lei nº 7.908/2023 (Semana Municipal da Maternidade Atípica) 223
3.119. Lei nº 7.913/2023 (Assistência Integral à Mulher em estado de Climatério ou Menopausa) 224

3.120. Lei nº 7.917/2023 (Programa de Atenção Integral aos Portadores da Doença de Parkinson) 225
3.121. Lei nº 7.927/2023 (Semana do Doador de Medula Óssea) 225
3.122. Lei nº 7.947/2023 (Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Autoimunes Dermatológicas) 226
3.123. Lei nº 7.980/2023 (Campanha de Conscientização sobre o Zóster) 227
3.124. Lei nº 8.002/2023 (Programa Municipal de Descoberta Precoce de Sinais de Autismo) 227
REFERÊNCIAS: 228

1. Legislação Federal

1.1. Constituição da República Federativa do Brasil

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;

IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Art. 4º A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios:

I - independência nacional;

II - prevalência dos direitos humanos;

III - autodeterminação dos povos;

IV - não-intervenção;

V - igualdade entre os Estados;

VI - defesa da paz;

VII - solução pacífica dos conflitos;

VIII - repúdio ao terrorismo e ao racismo;

IX - cooperação entre os povos para o progresso da humanidade;

X - concessão de asilo político.

Parágrafo único. A República Federativa do Brasil buscará a integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina, visando à formação de uma comunidade latino-americana de nações.

[....]

TÍTULO II
DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS

[....]

CAPÍTULO II
DOS DIREITOS SOCIAIS

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015)

Parágrafo único. Todo brasileiro em situação de vulnerabilidade social terá direito a uma renda básica familiar, garantida pelo poder público em programa permanente de transferência de renda, cujas normas e requisitos de acesso serão determinados em lei, observada a legislação fiscal e orçamentária. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 114, de 2021)

TÍTULO III
DA ORGANIZAÇÃO DO ESTADO
[....]
CAPÍTULO VII
DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

SEÇÃO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)
[....]
§ 1º A publicidade dos atos, programas, obras, serviços e campanhas dos órgãos públicos deverá ter caráter educativo, informativo ou de orientação social, dela não podendo constar nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal de autoridades ou servidores públicos.
[....]
§ 16. Os órgãos e entidades da administração pública, individual ou conjuntamente, devem realizar avaliação das políticas públicas, inclusive com divulgação do objeto a ser avaliado e dos resultados alcançados, na forma da lei. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

TÍTULO VI
DA TRIBUTAÇÃO E DO ORÇAMENTO

CAPÍTULO I
DO SISTEMA TRIBUTÁRIO NACIONAL
[....]
SEÇÃO V
DOS IMPOSTOS DOS MUNICÍPIOS

Art. 156. Compete aos Municípios instituir impostos sobre:

I - propriedade predial e territorial urbana;

II - transmissão "inter vivos", a qualquer título, por ato oneroso, de bens imóveis, por natureza ou acessão física, e de direitos reais sobre imóveis, exceto os de garantia, bem como cessão de direitos a sua aquisição;

III - serviços de qualquer natureza, não compreendidos no art. 155, II, definidos em lei complementar. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

IV - (Revogado pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

§ 1º Sem prejuízo da progressividade no tempo a que se refere o art. 182, § 4º, inciso II, o imposto previsto no inciso I poderá: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - ser progressivo em razão do valor do imóvel; e (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - ter alíquotas diferentes de acordo com a localização e o uso do imóvel. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 1º-A O imposto previsto no inciso I do caput deste artigo não incide sobre templos de qualquer culto, ainda que as entidades abrangidas pela imunidade de que trata a alínea "b" do inciso VI do caput do art. 150 desta Constituição sejam apenas locatárias do bem imóvel. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 116, de 2022)

§ 2º O imposto previsto no inciso II:

I - não incide sobre a transmissão de bens ou direitos incorporados ao patrimônio de pessoa jurídica em realização de capital, nem sobre a transmissão de bens ou direitos decorrente de fusão, incorporação, cisão ou extinção de pessoa jurídica, salvo se, nesses casos, a atividade preponderante do adquirente for a compra e venda desses bens ou direitos, locação de bens imóveis ou arrendamento mercantil;

II - compete ao Município da situação do bem.

§ 3º Em relação ao imposto previsto no inciso III do *caput* deste artigo, cabe à lei complementar: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 37, de 2002)

I - fixar as suas alíquotas máximas e mínimas; (Redação dada pela Emenda Constitucional
nº 37, de 2002)

II - excluir da sua incidência exportações de serviços para o exterior. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

III - regular a forma e as condições como isenções, incentivos e benefícios fiscais serão concedidos e revogados. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

§ 4º (Revogado pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

I - (Revogado pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

II - (Revogado pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

SEÇÃO VI
DA REPARTIÇÃO DAS RECEITAS TRIBUTÁRIAS

Art. 157. Pertencem aos Estados e ao Distrito Federal:

I - o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem;

II - vinte por cento do produto da arrecadação do imposto que a União instituir no exercício da competência que lhe é atribuída pelo art. 154, I.

Art. 158. Pertencem aos Municípios:

I - o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem;

II - cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto da União sobre a propriedade territorial rural, relativamente aos imóveis neles situados, cabendo a totalidade na hipótese da opção a que se refere o art. 153, § 4º, III; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

III - cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre a propriedade de veículos automotores licenciados em seus territórios;

IV - vinte e cinco por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação.

Parágrafo único. As parcelas de receita pertencentes aos Municípios, mencionadas no inciso IV, serão creditadas conforme os seguintes critérios:

I - 65% (sessenta e cinco por cento), no mínimo, na proporção do valor adicionado nas operações relativas à circulação de mercadorias e nas prestações de serviços, realizadas em seus territórios; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 108, de 2020)

II - até 35% (trinta e cinco por cento), de acordo com o que dispuser lei estadual, observada, obrigatoriamente, a distribuição de, no mínimo, 10 (dez) pontos percentuais com base em indicadores de melhoria nos resultados de aprendizagem e de aumento da equidade, considerado o nível socioeconômico dos educandos. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 108, de 2020)

Art. 159. A União entregará: (Vide Emenda Constitucional nº 55, de 2007)

I - do produto da arrecadação dos impostos sobre renda e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados, 50% (cinquenta por cento), da seguinte forma: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 112, de 2021)

a) vinte e um inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal; (Vide Lei Complementar nº 62, de 1989)

b) vinte e dois inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Municípios; (Vide Lei Complementar nº 62, de 1989)

c) três por cento, para aplicação em programas de financiamento ao setor produtivo das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, através de suas instituições financeiras de caráter regional, de acordo com os planos regionais de desenvolvimento, ficando assegurada ao semi-árido do Nordeste a metade dos recursos destinados à Região, na forma que a lei estabelecer;

d) um por cento ao Fundo de Participação dos Municípios, que será entregue no primeiro decêndio do mês de dezembro de cada ano; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 55, de 2007)

e) 1% (um por cento) ao Fundo de Participação dos Municípios, que será entregue no primeiro decêndio do mês de julho de cada ano; (Incluída pela Emenda Constitucional nº 84, de 2014)

f) 1% (um por cento) ao Fundo de Participação dos Municípios, que será entregue no primeiro decêndio do mês de setembro de cada ano; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 112, de 2021)

II - do produto da arrecadação do imposto sobre produtos industrializados, dez por cento aos Estados e ao Distrito Federal, proporcionalmente ao valor das respectivas exportações de produtos industrializados.

III - do produto da arrecadação da contribuição de intervenção no domínio econômico prevista no art. 177, § 4º, 29% (vinte e nove por cento) para os Estados e o Distrito Federal,

distribuídos na forma da lei, observada a destinação a que se refere o inciso II, *c*, do referido parágrafo. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 44, de 2004)

§ 1º Para efeito de cálculo da entrega a ser efetuada de acordo com o previsto no inciso I, excluir-se-á a parcela da arrecadação do imposto de renda e proventos de qualquer natureza pertencente aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, nos termos do disposto nos arts. 157, I, e 158, I.

§ 2º A nenhuma unidade federada poderá ser destinada parcela superior a vinte por cento do montante a que se refere o inciso II, devendo o eventual excedente ser distribuído entre os demais participantes, mantido, em relação a esses, o critério de partilha nele estabelecido.

§ 3º Os Estados entregarão aos respectivos Municípios vinte e cinco por cento dos recursos que receberem nos termos do inciso II, observados os critérios estabelecidos no art. 158, parágrafo único, I e II.

§ 4º Do montante de recursos de que trata o inciso III que cabe a cada Estado, vinte e cinco por cento serão destinados aos seus Municípios, na forma da lei a que se refere o mencionado inciso. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

Art. 160. É vedada a retenção ou qualquer restrição à entrega e ao emprego dos recursos atribuídos, nesta seção, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, neles compreendidos adicionais e acréscimos relativos a impostos.

§ 1º A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos: (Renumerado do Parágrafo único pela Emenda Constitucional nº 113, de 2021)

I - ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º Os contratos, os acordos, os ajustes, os convênios, os parcelamentos ou as renegociações de débitos de qualquer espécie, inclusive tributários, firmados pela União com os entes federativos conterão cláusulas para autorizar a dedução dos valores devidos dos montantes a serem repassados relacionados às respectivas cotas nos Fundos de Participação ou aos precatórios federais. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 113, de 2021)

[....]

CAPÍTULO II
DAS FINANÇAS PÚBLICAS

SEÇÃO I
NORMAS GERAIS

[....]

Art. 163-A. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disponibilizarão suas informações e dados contábeis, orçamentários e fiscais, conforme periodicidade, formato e sistema estabelecidos pelo órgão central de contabilidade da União, de forma a garantir a rastreabilidade, a comparabilidade e a publicidade dos dados coletados, os quais deverão ser divulgados em meio eletrônico de amplo acesso público. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 108, de 2020)

[....]

SEÇÃO II
DOS ORÇAMENTOS

Art. 165. Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão:

I - o plano plurianual;

II - as diretrizes orçamentárias;

III - os orçamentos anuais.

§ 1º A lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada.

§ 2º A lei de diretrizes orçamentárias compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, estabelecerá as diretrizes de política fiscal e respectivas metas, em consonância com trajetória sustentável da dívida pública, orientará a elaboração da lei orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

§ 3º O Poder Executivo publicará, até trinta dias após o encerramento de cada bimestre, relatório resumido da execução orçamentária. (Vide Emenda constitucional nº 106, de 2020)

§ 4º Os planos e programas nacionais, regionais e setoriais previstos nesta Constituição serão

elaborados em consonância com o plano plurianual e apreciados pelo Congresso Nacional.

§ 5º A lei orçamentária anual compreenderá:

I - o orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público;

II - o orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto;

III - o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público.

§ 6º O projeto de lei orçamentária será acompanhado de demonstrativo regionalizado do efeito, sobre as receitas e despesas, decorrente de isenções, anistias, remissões, subsídios e benefícios de natureza financeira, tributária e creditícia.

§ 7º Os orçamentos previstos no § 5º, I e II, deste artigo, compatibilizados com o plano plurianual, terão entre suas funções a de reduzir desigualdades inter-regionais, segundo critério populacional.

§ 8º A lei orçamentária anual não conterá dispositivo estranho à previsão da receita e à fixação da despesa, não se incluindo na proibição a autorização para abertura de créditos suplementares e contratação de operações de crédito, ainda que por antecipação de receita, nos termos da lei.

§ 9º Cabe à lei complementar:

I - dispor sobre o exercício financeiro, a vigência, os prazos, a elaboração e a organização do plano plurianual, da lei de diretrizes orçamentárias e da lei orçamentária anual;

II - estabelecer normas de gestão financeira e patrimonial da administração direta e indireta bem como condições para a instituição e funcionamento de fundos.

III - dispor sobre critérios para a execução equitativa, além de procedimentos que serão adotados quando houver impedimentos legais e técnicos, cumprimento de restos a pagar e limitação das programações de caráter obrigatório, para a realização do disposto nos §§ 11 e 12 do art. 166. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 100, de 2019)

§ 10. A administração tem o dever de executar as programações orçamentárias, adotando os meios e as medidas necessários, com o propósito de garantir a efetiva entrega de bens e serviços à sociedade. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 100, de 2019)

§ 11. O disposto no § 10 deste artigo, nos termos da lei de diretrizes orçamentárias: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 102, de 2019)

I - subordina-se ao cumprimento de dispositivos constitucionais e legais que estabeleçam metas fiscais ou limites de despesas e não impede o cancelamento necessário à abertura de créditos adicionais;

II - não se aplica nos casos de impedimentos de ordem técnica devidamente justificados;

III - aplica-se exclusivamente às despesas primárias discricionárias.

§ 12. Integrará a lei de diretrizes orçamentárias, para o exercício a que se refere e, pelo menos, para os 2 (dois) exercícios subsequentes, anexo com previsão de agregados fiscais e a proporção dos recursos para investimentos que serão alocados na lei orçamentária anual para a continuidade daqueles em andamento. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 102, de 2019)

§ 13. O disposto no inciso III do § 9º e nos §§ 10, 11 e 12 deste artigo aplica-se exclusivamente aos orçamentos fiscal e da seguridade social da União. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 102, de 2019)

§ 14. A lei orçamentária anual poderá conter previsões de despesas para exercícios seguintes, com a especificação dos investimentos plurianuais e daquele s em andamento. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 102, de 2019)

§ 15. A União organizará e manterá registro centralizado de projetos de investimento contendo, por Estado ou Distrito Federal, pelo menos, análises de viabilidade, estimativas de custos e informações sobre a execução física e financeira. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 102, de 2019)

§ 16. As leis de que trata este artigo devem observar, no que couber, os resultados do monitoramento e da avaliação das políticas públicas previstos no § 16 do art. 37 desta Constituição. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

Art. 166. Os projetos de lei relativos ao plano plurianual, às diretrizes orçamentárias, ao orçamento anual e aos créditos adicionais serão apreciados pelas duas Casas do Congresso Nacional, na forma do regimento comum.

§ 1º Caberá a uma Comissão mista permanente de Senadores e Deputados:

I - examinar e emitir parecer sobre os projetos referidos neste artigo e sobre as contas apresentadas anualmente pelo Presidente da República;

II - examinar e emitir parecer sobre os planos e programas nacionais, regionais e setoriais previstos nesta Constituição e exercer o acompanhamento e a fiscalização orçamentária, sem prejuízo da atuação das demais comissões do Congresso Nacional e de suas Casas, criadas de acordo com o art. 58.

§ 2º As emendas serão apresentadas na Comissão mista, que sobre elas emitirá parecer, e apreciadas, na forma regimental, pelo Plenário das duas Casas do Congresso Nacional.

§ 3º As emendas ao projeto de lei do orçamento anual ou aos projetos que o modifiquem somente podem ser aprovadas caso:

I - sejam compatíveis com o plano plurianual e com a lei de diretrizes orçamentárias;

II - indiquem os recursos necessários, admitidos apenas os provenientes de anulação de despesa, excluídas as que incidam sobre:

a) dotações para pessoal e seus encargos;

b) serviço da dívida;

c) transferências tributárias constitucionais para Estados, Municípios e Distrito Federal; ou

III - sejam relacionadas:

a) com a correção de erros ou omissões; ou

b) com os dispositivos do texto do projeto de lei.

§ 4º As emendas ao projeto de lei de diretrizes orçamentárias não poderão ser aprovadas quando incompatíveis com o plano plurianual.

§ 5º O Presidente da República poderá enviar mensagem ao Congresso Nacional para propor modificação nos projetos a que se refere este artigo enquanto não iniciada a votação, na Comissão mista, da parte cuja alteração é proposta.

§ 6º Os projetos de lei do plano plurianual, das diretrizes orçamentárias e do orçamento anual serão enviados pelo Presidente da República ao Congresso Nacional, nos termos da lei complementar a que se refere o art. 165, § 9º.

§ 7º Aplicam-se aos projetos mencionados neste artigo, no que não contrariar o disposto nesta seção, as demais normas relativas ao processo legislativo.

§ 8º Os recursos que, em decorrência de veto, emenda ou rejeição do projeto de lei orçamentária anual, ficarem sem despesas correspondentes poderão ser utilizados, conforme o caso, mediante créditos especiais ou suplementares, com prévia e específica autorização legislativa.

§ 9º As emendas individuais ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas no limite de 2% (dois por cento) da receita corrente líquida do exercício anterior ao do encaminhamento do projeto, observado que a metade desse percentual será destinada a ações e serviços públicos de saúde. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 126, de 2022)

§ 9º-A Do limite a que se refere o § 9º deste artigo, 1,55% (um inteiro e cinquenta e cinco centésimos por cento) caberá às emendas de Deputados e 0,45% (quarenta e cinco centésimos por cento) às de Senadores. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 126, de 2022)

§ 10. A execução do montante destinado a ações e serviços públicos de saúde previsto no § 9º, inclusive custeio, será computada para fins do cumprimento do inciso I do § 2º do art. 198, vedada a destinação para pagamento de pessoal ou encargos sociais. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

§ 11. É obrigatória a execução orçamentária e financeira das programações oriundas de emendas individuais, em montante correspondente ao limite a que se refere o § 9º deste artigo, conforme os critérios para a execução equitativa da programação definidos na lei complementar prevista no § 9º do art. 165 desta Constituição, observado o disposto no § 9º-A deste artigo. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 126, de 2022)

§ 12. A garantia de execução de que trata o § 11 deste artigo aplica-se também às programações incluídas por todas as emendas de iniciativa de bancada de parlamentares de Estado ou do Distrito Federal, no montante de até 1% (um por cento) da receita corrente líquida realizada no exercício anterior. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 100, de 2019)

§ 13. As programações orçamentárias previstas nos §§ 11 e 12 deste artigo não serão de execução obrigatória nos casos dos impedimentos de ordem técnica. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 100, de 2019)

§ 14. Para fins de cumprimento do disposto nos §§ 11 e 12 deste artigo, os órgãos de execução deverão observar, nos termos da lei de diretrizes orçamentárias, cronograma para análise e verificação de eventuais impedimentos das programações e demais procedimentos necessários à viabilização da execução dos respectivos montantes. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 100, de 2019)

I - (revogado); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 100, de 2019)

II - (revogado); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 100, de 2019)

III - (revogado); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 100, de 2019)

IV - (revogado). (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 100, de 2019)

§ 15. (Revogado) (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 100, de 2019)

§ 16. Quando a transferência obrigatória da União para a execução da programação prevista nos §§ 11 e 12 deste artigo for destinada a Estados, ao Distrito Federal e a Municípios, independerá da adimplência do ente federativo destinatário e não integrará a base de cálculo da receita corrente líquida para fins de aplicação dos limites de despesa de pessoal de que trata o caput do art. 169. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 100, de 2019)

§ 17. Os restos a pagar provenientes das programações orçamentárias previstas nos §§ 11 e 12 deste artigo poderão ser considerados para fins de cumprimento da execução financeira até o limite de 1% (um por cento) da receita corrente líquida do exercício anterior ao do encaminhamento do projeto de lei orçamentária, para as programações das emendas individuais, e até o limite de 0,5% (cinco décimos por cento), para as programações das emendas de iniciativa de bancada de parlamentares de Estado ou do Distrito Federal. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 126, de 2022)

§ 18. Se for verificado que a reestimativa da receita e da despesa poderá resultar no não cumprimento da meta de resultado fiscal estabelecida na lei de diretrizes orçamentárias, os montantes previstos nos §§ 11 e 12 deste artigo poderão ser reduzidos em até a mesma proporção da limitação incidente sobre o conjunto das demais despesas discricionárias. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 100, de 2019)

§ 19. Considera-se equitativa a execução das programações de caráter obrigatório que observe critérios objetivos e imparciais e que atenda de forma igualitária e impessoal às emendas apresentadas, independentemente da autoria, observado o disposto no § 9º-A deste artigo. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 126, de 2022)

§ 20. As programações de que trata o § 12 deste artigo, quando versarem sobre o início de investimentos com duração de mais de 1 (um) exercício financeiro ou cuja execução já tenha sido iniciada, deverão ser objeto de emenda pela mesma bancada estadual, a cada exercício, até a conclusão da obra ou do empreendimento. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 100, de 2019)

Art. 166-A. As emendas individuais impositivas apresentadas ao projeto de lei orçamentária anual poderão alocar recursos a Estados, ao Distrito Federal e a Municípios por meio de: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 105, de 2019)

I - transferência especial; ou (Incluído pela Emenda Constitucional nº 105, de 2019)

II - transferência com finalidade definida. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 105, de 2019)

§ 1º Os recursos transferidos na forma do caput deste artigo não integrarão a receita do Estado, do Distrito Federal e dos Municípios para fins de repartição e para o cálculo dos limites da despesa com pessoal ativo e inativo, nos termos do § 16 do art. 166, e de endividamento do ente federado, vedada, em qualquer caso, a aplicação dos recursos a que se refere o caput deste artigo no pagamento de: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 105, de 2019)

I - despesas com pessoal e encargos sociais relativas a ativos e inativos, e com pensionistas; e (Incluído pela Emenda Constitucional nº 105, de 2019)

II - encargos referentes ao serviço da dívida. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 105, de 2019)

§ 2º Na transferência especial a que se refere o inciso I do caput deste artigo, os

recursos: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 105, de 2019)

I - serão repassados diretamente ao ente federado beneficiado, independentemente de celebração de convênio ou de instrumento congênere; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 105, de 2019)

II - pertencerão ao ente federado no ato da efetiva transferência financeira; e (Incluído pela Emenda Constitucional nº 105, de 2019)

III - serão aplicadas em programações finalísticas das áreas de competência do Poder Executivo do ente federado beneficiado, observado o disposto no § 5º deste artigo. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 105, de 2019)

§ 3º O ente federado beneficiado da transferência especial a que se refere o inciso I do caput deste artigo poderá firmar contratos de cooperação técnica para fins de subsidiar o acompanhamento da execução orçamentária na aplicação dos recursos. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 105, de 2019)

§ 4º Na transferência com finalidade definida a que se refere o inciso II do caput deste artigo, os recursos serão: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 105, de 2019)

I - vinculados à programação estabelecida na emenda parlamentar; e (Incluído pela Emenda Constitucional nº 105, de 2019)

II - aplicados nas áreas de competência constitucional da União. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 105, de 2019)

§ 5º Pelo menos 70% (setenta por cento) das transferências especiais de que trata o inciso I do caput deste artigo deverão ser aplicadas em despesas de capital, observada a restrição a que se refere o inciso II do § 1º deste artigo. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 105, de 2019)

Art. 167. São vedados:

I - o início de programas ou projetos não incluídos na lei orçamentária anual;

II - a realização de despesas ou a assunção de obrigações diretas que excedam os créditos orçamentários ou adicionais;

III - a realização de operações de créditos que excedam o montante das despesas de capital, ressalvadas as autorizadas mediante créditos suplementares ou especiais com finalidade precisa, aprovados pelo Poder Legislativo por maioria absoluta; (Vide Emenda constitucional nº 106, de 2020)

IV - a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde, para manutenção e desenvolvimento do ensino e para realização de atividades da administração tributária, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2º, 212 e 37, XXII, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165, § 8º, bem como o disposto no § 4º deste artigo; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

V - a abertura de crédito suplementar ou especial sem prévia autorização legislativa e sem indicação dos recursos correspondentes;

VI - a transposição, o remanejamento ou a transferência de recursos de uma categoria de programação para outra ou de um órgão para outro, sem prévia autorização legislativa;

VII - a concessão ou utilização de créditos ilimitados;

VIII - a utilização, sem autorização legislativa específica, de recursos dos orçamentos fiscal e da seguridade social para suprir necessidade ou cobrir déficit de empresas, fundações e fundos, inclusive dos mencionados no art. 165, § 5º;

IX - a instituição de fundos de qualquer natureza, sem prévia autorização legislativa.

X - a transferência voluntária de recursos e a concessão de empréstimos, inclusive por antecipação de receita, pelos Governos Federal e Estaduais e suas instituições financeiras, para pagamento de despesas com pessoal ativo, inativo e pensionista, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

XI - a utilização dos recursos provenientes das contribuições sociais de que trata o art. 195, I, a, e II, para a realização de despesas distintas do pagamento de benefícios do regime geral de previdência social de que trata o art. 201. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

XII - na forma estabelecida na lei complementar de que trata o § 22 do art. 40, a utilização de recursos de regime próprio de previdência social, incluídos os valores integrantes dos fundos previstos no art. 249, para a realização de despesas distintas do

pagamento dos benefícios previdenciários do respectivo fundo vinculado àquele regime e das despesas necessárias à sua organização e ao seu funcionamento; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

XIII - a transferência voluntária de recursos, a concessão de avais, as garantias e as subvenções pela União e a concessão de empréstimos e de financiamentos por instituições financeiras federais aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios na hipótese de descumprimento das regras gerais de organização e de funcionamento de regime próprio de previdência social. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

XIV - a criação de fundo público, quando seus objetivos puderem ser alcançados mediante a vinculação de receitas orçamentárias específicas ou mediante a execução direta por programação orçamentária e financeira de órgão ou entidade da administração pública. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

§ 1º Nenhum investimento cuja execução ultrapasse um exercício financeiro poderá ser iniciado sem prévia inclusão no plano plurianual, ou sem lei que autorize a inclusão, sob pena de crime de responsabilidade.

§ 2º Os créditos especiais e extraordinários terão vigência no exercício financeiro em que forem autorizados, salvo se o ato de autorização for promulgado nos últimos quatro meses daquele exercício, caso em que, reabertos nos limites de seus saldos, serão incorporados ao orçamento do exercício financeiro subseqüente.

§ 3º A abertura de crédito extraordinário somente será admitida para atender a despesas imprevisíveis e urgentes, como as decorrentes de guerra, comoção interna ou calamidade pública, observado o disposto no art. 62.

§ 4º É permitida a vinculação das receitas a que se referem os arts. 155, 156, 157, 158 e as alíneas "a", "b", "d" e "e" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 desta Constituição para pagamento de débitos com a União e para prestar-lhe garantia ou contragarantia. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

§ 5º A transposição, o remanejamento ou a transferência de recursos de uma categoria de programação para outra poderão ser admitidos, no âmbito das atividades de ciência, tecnologia e inovação, com o objetivo de viabilizar os resultados de projetos restritos a essas funções, mediante ato do Poder Executivo, sem necessidade da prévia autorização legislativa prevista no inciso VI deste artigo. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)

§ 6º Para fins da apuração ao término do exercício financeiro do cumprimento do limite de que trata o inciso III do caput deste artigo, as receitas das operações de crédito efetuadas no contexto da gestão da dívida pública mobiliária federal somente serão consideradas no exercício financeiro em que for realizada a respectiva despesa. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

§ 7º A lei não imporá nem transferirá qualquer encargo financeiro decorrente da prestação de serviço público, inclusive despesas de pessoal e seus encargos, para a União, os Estados, o Distrito Federal ou os Municípios, sem a previsão de fonte orçamentária e financeira necessária à realização da despesa ou sem a previsão da correspondente transferência de recursos financeiros necessários ao seu custeio, ressalvadas as obrigações assumidas espontaneamente pelos entes federados e aquelas decorrentes da fixação do salário mínimo, na forma do inciso IV do **caput** do art. 7º desta Constituição. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 128, de 2022)

Art. 167-A. Apurado que, no período de 12 (doze) meses, a relação entre despesas correntes e receitas correntes supera 95% (noventa e cinco por cento), no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, é facultado aos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, ao Ministério Público, ao Tribunal de Contas e à Defensoria Pública do ente, enquanto permanecer a situação, aplicar o mecanismo de ajuste fiscal de vedação da: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

I - concessão, a qualquer título, de vantagem, aumento, reajuste ou adequação de remuneração de membros de Poder ou de órgão, de servidores e empregados públicos e de militares, exceto dos derivados de sentença judicial transitada em julgado ou de determinação legal anterior ao início da aplicação das medidas de que trata este artigo; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

II - criação de cargo, emprego ou função que implique aumento de despesa; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

III - alteração de estrutura de carreira que implique aumento de despesa; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

IV - admissão ou contratação de pessoal, a qualquer título, ressalvadas: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

a) as reposições de cargos de chefia e de direção que não acarretem aumento de despesa; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

b) as reposições decorrentes de vacâncias de cargos efetivos ou vitalícios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

c) as contratações temporárias de que trata o inciso IX do caput do art. 37 desta Constituição; e (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

d) as reposições de temporários para prestação de serviço militar e de alunos de órgãos de formação de militares; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

V - realização de concurso público, exceto para as reposições de vacâncias previstas no inciso IV deste caput; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

VI - criação ou majoração de auxílios, vantagens, bônus, abonos, verbas de representação ou benefícios de qualquer natureza, inclusive os de cunho indenizatório, em favor de membros de Poder, do Ministério Público ou da Defensoria Pública e de servidores e empregados públicos e de militares, ou ainda de seus dependentes, exceto quando derivados de sentença judicial transitada em julgado ou de determinação legal anterior ao início da aplicação das medidas de que trata este artigo; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

VII - criação de despesa obrigatória; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

VIII - adoção de medida que implique reajuste de despesa obrigatória acima da variação da inflação, observada a preservação do poder aquisitivo referida no inciso IV do caput do art. 7º desta Constituição; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

IX - criação ou expansão de programas e linhas de financiamento, bem como remissão, renegociação ou refinanciamento de dívidas que impliquem ampliação das despesas com subsídios e subvenções; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

X - concessão ou ampliação de incentivo ou benefício de natureza tributária. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

§ 1º Apurado que a despesa corrente supera 85% (oitenta e cinco por cento) da receita corrente, sem exceder o percentual mencionado no caput deste artigo, as medidas nele indicadas podem ser, no todo ou em parte, implementadas por atos do Chefe do Poder Executivo com vigência imediata, facultado aos demais Poderes e órgãos autônomos implementá-las em seus respectivos âmbitos. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

§ 2º O ato de que trata o § 1º deste artigo deve ser submetido, em regime de urgência, à apreciação do Poder Legislativo. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

§ 3º O ato perde a eficácia, reconhecida a validade dos atos praticados na sua vigência, quando: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

I - rejeitado pelo Poder Legislativo; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

II - transcorrido o prazo de 180 (cento e oitenta) dias sem que se ultime a sua apreciação; ou (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

III - apurado que não mais se verifica a hipótese prevista no § 1º deste artigo, mesmo após a sua aprovação pelo Poder Legislativo. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

§ 4º A apuração referida neste artigo deve ser realizada bimestralmente. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

§ 5º As disposições de que trata este artigo: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

I - não constituem obrigação de pagamento futuro pelo ente da Federação ou direitos de outrem sobre o erário; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

II - não revogam, dispensam ou suspendem o cumprimento de dispositivos constitucionais e legais que disponham sobre metas fiscais ou limites máximos de despesas. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

§ 6º Ocorrendo a hipótese de que trata o caput deste artigo, até que todas as medidas nele previstas tenham sido adotadas por todos os Poderes e órgãos nele mencionados, de acordo com declaração do respectivo Tribunal de Contas, é vedada: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

I - a concessão, por qualquer outro ente da Federação, de garantias ao ente envolvido; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

II - a tomada de operação de crédito por parte do ente envolvido com outro ente da Federação, diretamente ou por intermédio de seus fundos, autarquias, fundações ou empresas estatais dependentes, ainda que sob a forma de novação, refinanciamento ou postergação de dívida contraída anteriormente, ressalvados os financiamentos destinados a projetos específicos celebrados na forma de operações típicas das agências financeiras oficiais de fomento. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

Art. 167-B. Durante a vigência de estado de calamidade pública de âmbito nacional, decretado pelo Congresso Nacional por iniciativa privativa do Presidente da República, a União deve adotar regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para atender às necessidades dele decorrentes, somente naquilo em que a urgência for incompatível com o regime regular, nos termos definidos nos arts. 167-C, 167-D, 167-E, 167-F e 167-G desta Constituição. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

Art. 167-C. Com o propósito exclusivo de enfrentamento da calamidade pública e de seus efeitos sociais e econômicos, no seu período de duração, o Poder Executivo federal pode adotar processos simplificados de contratação de pessoal, em caráter temporário e emergencial, e de obras, serviços e compras que assegurem, quando possível, competição e igualdade de condições a todos os concorrentes, dispensada a observância do § 1º do art. 169 na contratação de que trata o inciso IX do caput do art. 37 desta Constituição, limitada a dispensa às situações de que trata o referido inciso, sem prejuízo do controle dos órgãos competentes. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

Art. 167-D. As proposições legislativas e os atos do Poder Executivo com propósito exclusivo de enfrentar a calamidade e suas consequências sociais e econômicas, com vigência e efeitos restritos à sua duração, desde que não impliquem despesa obrigatória de caráter continuado, ficam dispensados da observância das limitações legais quanto à criação, à expansão ou ao aperfeiçoamento de ação governamental que acarrete aumento de despesa e à concessão ou à ampliação de incentivo ou benefício de natureza tributária da qual decorra renúncia de receita. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

Parágrafo único. Durante a vigência da calamidade pública de âmbito nacional de que trata o art. 167-B, não se aplica o disposto no § 3º do art. 195 desta Constituição. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

Art. 167-E. Fica dispensada, durante a integralidade do exercício financeiro em que vigore a calamidade pública de âmbito nacional, a observância do inciso III do caput do art. 167 desta Constituição. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

Art. 167-F. Durante a vigência da calamidade pública de âmbito nacional de que trata o art. 167-B desta Constituição: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

I - são dispensados, durante a integralidade do exercício financeiro em que vigore a calamidade pública, os limites, as condições e demais restrições aplicáveis à União para a contratação de operações de crédito, bem como sua verificação; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

II - o superávit financeiro apurado em 31 de dezembro do ano imediatamente anterior ao reconhecimento pode ser destinado à cobertura de despesas oriundas das medidas de combate à calamidade pública de âmbito nacional e ao pagamento da dívida pública. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

§ 1º Lei complementar pode definir outras suspensões, dispensas e afastamentos aplicáveis durante a vigência do estado de calamidade pública de âmbito nacional. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

§ 2º O disposto no inciso II do caput deste artigo não se aplica às fontes de recursos: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

I - decorrentes de repartição de receitas a Estados, ao Distrito Federal e a Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

II - decorrentes das vinculações estabelecidas pelos arts. 195, 198, 201, 212, 212-A e 239 desta Constituição; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

III - destinadas ao registro de receitas oriundas da arrecadação de doações ou de empréstimos compulsórios, de transferências recebidas para o atendimento de finalidades determinadas ou das receitas de capital produto de operações de

financiamento celebradas com finalidades contratualmente determinadas. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

Art. 167-G. Na hipótese de que trata o art. 167-B, aplicam-se à União, até o término da calamidade pública, as vedações previstas no art. 167-A desta Constituição. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

§ 1º Na hipótese de medidas de combate à calamidade pública cuja vigência e efeitos não ultrapassem a sua duração, não se aplicam as vedações referidas nos incisos II, IV, VII, IX e X do caput do art. 167-A desta Constituição. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

§ 2º Na hipótese de que trata o art. 167-B, não se aplica a alínea "c" do inciso I do caput do art. 159 desta Constituição, devendo a transferência a que se refere aquele dispositivo ser efetuada nos mesmos montantes transferidos no exercício anterior à decretação da calamidade. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

§ 3º É facultada aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a aplicação das vedações referidas no caput, nos termos deste artigo, e, até que as tenham adotado na integralidade, estarão submetidos às restrições do § 6º do art. 167-A desta Constituição, enquanto perdurarem seus efeitos para a União. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

Art. 168. Os recursos correspondentes às dotações orçamentárias, compreendidos os créditos suplementares e especiais, destinados aos órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública, ser-lhes-ão entregues até o dia 20 de cada mês, em duodécimos, na forma da lei complementar a que se refere o art. 165, § 9º. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004)

§ 1º É vedada a transferência a fundos de recursos financeiros oriundos de repasses duodecimais. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

§ 2º O saldo financeiro decorrente dos recursos entregues na forma do caput deste artigo deve ser restituído ao caixa único do Tesouro do ente federativo, ou terá seu valor deduzido das primeiras parcelas duodecimais do exercício seguinte. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

Art. 169. A despesa com pessoal ativo e inativo e pensionistas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios não pode exceder os limites estabelecidos em lei complementar. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021)

§ 1º A concessão de qualquer vantagem ou aumento de remuneração, a criação de cargos, empregos e funções ou alteração de estrutura de carreiras, bem como a admissão ou contratação de pessoal, a qualquer título, pelos órgãos e entidades da administração direta ou indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo poder público, só poderão ser feitas: (Renumerado do parágrafo único, pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998) (Vide Emenda constitucional nº 106, de 2020)

I - se houver prévia dotação orçamentária suficiente para atender às projeções de despesa de pessoal e aos acréscimos dela decorrentes; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

II - se houver autorização específica na lei de diretrizes orçamentárias, ressalvadas as empresas públicas e as sociedades de economia mista. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

§ 2º Decorrido o prazo estabelecido na lei complementar referida neste artigo para a adaptação aos parâmetros ali previstos, serão imediatamente suspensos todos os repasses de verbas federais ou estaduais aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios que não observarem os referidos limites. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

§ 3º Para o cumprimento dos limites estabelecidos com base neste artigo, durante o prazo fixado na lei complementar referida no caput, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios adotarão as seguintes providências: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

I - redução em pelo menos vinte por cento das despesas com cargos em comissão e funções de confiança; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

II - exoneração dos servidores não estáveis. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

§ 4º Se as medidas adotadas com base no parágrafo anterior não forem suficientes para assegurar o cumprimento da determinação da lei complementar referida neste artigo, o servidor estável poderá perder o cargo, desde que ato normativo motivado de cada um dos Poderes especifique a atividade funcional, o órgão ou unidade administrativa objeto da

redução de pessoal. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

§ 5º O servidor que perder o cargo na forma do parágrafo anterior fará jus a indenização correspondente a um mês de remuneração por ano de serviço. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

§ 6º O cargo objeto da redução prevista nos parágrafos anteriores será considerado extinto, vedada a criação de cargo, emprego ou função com atribuições iguais ou assemelhadas pelo prazo de quatro anos. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

§ 7º Lei federal disporá sobre as normas gerais a serem obedecidas na efetivação do disposto no § 4º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÃO GERAL

Art. 193. A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais.

Parágrafo único. O Estado exercerá a função de planejamento das políticas sociais, assegurada, na forma da lei, a participação da sociedade nos processos de formulação, de monitoramento, de controle e de avaliação dessas políticas. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 108, de 2020)

CAPÍTULO II
DA SEGURIDADE SOCIAL

SEÇÃO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - eqüidade na forma de participação no custeio;

VI - diversidade da base de financiamento, identificando-se, em rubricas contábeis específicas para cada área, as receitas e as despesas vinculadas a ações de saúde, previdência e assistência social, preservado o caráter contributivo da previdência social; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: (Vide Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

b) a receita ou o faturamento; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

c) o lucro; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, podendo ser adotadas alíquotas progressivas de acordo com o valor do salário de contribuição, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo Regime Geral de Previdência Social; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

III - sobre a receita de concursos de prognósticos.

IV - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

§ 1º As receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União.

§ 2º A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

§ 3º A pessoa jurídica em débito com o sistema da seguridade social, como estabelecido em lei, não poderá contratar com o Poder Público nem dele receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios. (Vide Medida Provisória nº 526, de 2011) (Vide Lei nº 12.453, de 2011) (Vide Emenda constitucional nº 106, de 2020)

§ 4º A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no art. 154, I.

§ 5º Nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.

§ 6º As contribuições sociais de que trata este artigo só poderão ser exigidas após decorridos noventa dias da data da publicação da lei que as houver instituído ou modificado, não se lhes aplicando o disposto no art. 150, III, "b".

§ 7º São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

§ 8º O produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais e o pescador artesanal, bem como os respectivos cônjuges, que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, sem empregados permanentes, contribuirão para a seguridade social mediante a aplicação de uma alíquota sobre o resultado da comercialização da produção e farão jus aos benefícios nos termos da lei. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 9º As contribuições sociais previstas no inciso I do **caput** deste artigo poderão ter alíquotas diferenciadas em razão da atividade econômica, da utilização intensiva de mão de obra, do porte da empresa ou da condição estrutural do mercado de trabalho, sendo também autorizada a adoção de bases de cálculo diferenciadas apenas no caso das alíneas "b" e "c" do inciso I do caput. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 10. A lei definirá os critérios de transferência de recursos para o sistema único de saúde e ações de assistência social da União para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e dos Estados para os Municípios, observada a respectiva contrapartida de recursos. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 11. São vedados a moratória e o parcelamento em prazo superior a 60 (sessenta) meses e, na forma de lei complementar, a remissão e a anistia das contribuições sociais de que tratam a alínea "a" do inciso I e o inciso II do **caput**. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 12. A lei definirá os setores de atividade econômica para os quais as contribuições incidentes na forma dos incisos I, b; e IV do *caput*, serão não-cumulativas. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 2003)

§ 13. (Revogado). (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 14. O segurado somente terá reconhecida como tempo de contribuição ao Regime Geral de Previdência Social a competência cuja contribuição seja igual ou superior à contribuição mínima mensal exigida para sua categoria, assegurado o agrupamento de contribuições. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

SEÇÃO II
DA SAÚDE

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (Vide ADPF 672)

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

IV - (revogado). (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010)

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

§ 7º O vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias fica sob responsabilidade da União, e cabe aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios estabelecer, além de outros consectários e vantagens, incentivos, auxílios, gratificações e indenizações, a fim de valorizar o trabalho desses profissionais. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 8º Os recursos destinados ao pagamento do vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias serão consignados no orçamento geral da União com dotação própria e exclusiva. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 9º O vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não será inferior a 2 (dois) salários mínimos, repassados pela União aos Municípios, aos

Estados e ao Distrito Federal. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 10. Os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias terão também, em razão dos riscos inerentes às funções desempenhadas, aposentadoria especial e, somado aos seus vencimentos, adicional de insalubridade. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 11. Os recursos financeiros repassados pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para pagamento do vencimento ou de qualquer outra vantagem dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não serão objeto de inclusão no cálculo para fins do limite de despesa com pessoal. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 12. Lei federal instituirá pisos salariais profissionais nacionais para o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e a parteira, a serem observados por pessoas jurídicas de direito público e de direito privado. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 124, de 2022)

§ 13. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, até o final do exercício financeiro em que for publicada a lei de que trata o § 12 deste artigo, adequarão a remuneração dos cargos ou dos respectivos planos de carreiras, quando houver, de modo a atender aos pisos estabelecidos para cada categoria profissional. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 124, de 2022)

§ 14. Compete à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, bem como aos prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo sistema único de saúde, para o cumprimento dos pisos salariais de que trata o § 12 deste artigo. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 127, de 2022)

§ 15. Os recursos federais destinados aos pagamentos da assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, bem como aos prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo sistema único de saúde, para o cumprimento dos pisos salariais de que trata o § 12 deste artigo serão consignados no orçamento geral da União com dotação própria e exclusiva. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 127, de 2022)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

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

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de

substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

SEÇÃO III
DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Art. 201. A previdência social será organizada sob a forma do Regime Geral de Previdência Social, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, na forma da lei, a: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

I - cobertura dos eventos de incapacidade temporária ou permanente para o trabalho e idade avançada; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

II - proteção à maternidade, especialmente à gestante; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

III - proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

IV - salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

V - pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, observado o disposto no § 2º. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 1º É vedada a adoção de requisitos ou critérios diferenciados para concessão de benefícios, ressalvada, nos termos de lei complementar, a possibilidade de previsão de idade e tempo de contribuição distintos da regra geral para concessão de aposentadoria exclusivamente em favor dos segurados: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

I - com deficiência, previamente submetidos a avaliação biopsicossocial realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

II - cujas atividades sejam exercidas com efetiva exposição a agentes químicos, físicos e biológicos prejudiciais à saúde, ou associação desses agentes, vedada a caracterização por categoria profissional ou ocupação. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 2º Nenhum benefício que substitua o salário de contribuição ou o rendimento do trabalho do segurado terá valor mensal inferior ao salário mínimo. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 3º Todos os salários de contribuição considerados para o cálculo de benefício serão devidamente atualizados, na forma da lei. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 4º É assegurado o reajustamento dos benefícios para preservar-lhes, em caráter permanente, o valor real, conforme critérios definidos em lei. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 5º É vedada a filiação ao regime geral de previdência social, na qualidade de segurado facultativo, de pessoa participante de regime próprio de previdência. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 6º A gratificação natalina dos aposentados e pensionistas terá por base o valor dos proventos do mês de dezembro de cada ano. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 7º É assegurada aposentadoria no regime geral de previdência social, nos termos da lei, obedecidas as seguintes condições: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

I - 65 (sessenta e cinco) anos de idade, se homem, e 62 (sessenta e dois) anos de idade, se mulher, observado tempo mínimo de contribuição; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

II - 60 (sessenta) anos de idade, se homem, e 55 (cinquenta e cinco) anos de idade, se mulher, para os trabalhadores rurais e para os que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, nestes incluídos o produtor rural, o garimpeiro e o pescador artesanal. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 8º O requisito de idade a que se refere o inciso I do § 7º será reduzido em 5 (cinco) anos, para o professor que comprove tempo de efetivo exercício das funções de magistério na educação infantil e no ensino fundamental e médio fixado em lei complementar. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 9º Para fins de aposentadoria, será assegurada a contagem recíproca do tempo de contribuição entre o Regime Geral de Previdência Social e os regimes próprios de

previdência social, e destes entre si, observada a compensação financeira, de acordo com os critérios estabelecidos em lei. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 9º-A. O tempo de serviço militar exercido nas atividades de que tratam os arts. 42, 142 e 143 e o tempo de contribuição ao Regime Geral de Previdência Social ou a regime próprio de previdência social terão contagem recíproca para fins de inativação militar ou aposentadoria, e a compensação financeira será devida entre as receitas de contribuição referentes aos militares e as receitas de contribuição aos demais regimes. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 10. Lei complementar poderá disciplinar a cobertura de benefícios não programados, inclusive os decorrentes de acidente do trabalho, a ser atendida concorrentemente pelo Regime Geral de Previdência Social e pelo setor privado. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 11. Os ganhos habituais do empregado, a qualquer título, serão incorporados ao salário para efeito de contribuição previdenciária e conseqüente repercussão em benefícios, nos casos e na forma da lei. (Incluído dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 12. Lei instituirá sistema especial de inclusão previdenciária, com alíquotas diferenciadas, para atender aos trabalhadores de baixa renda, inclusive os que se encontram em situação de informalidade, e àqueles sem renda própria que se dediquem exclusivamente ao trabalho doméstico no âmbito de sua residência, desde que pertencentes a famílias de baixa renda. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 13. A aposentadoria concedida ao segurado de que trata o § 12 terá valor de 1 (um) salário-mínimo. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 14. É vedada a contagem de tempo de contribuição fictício para efeito de concessão dos benefícios previdenciários e de contagem recíproca. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 15. Lei complementar estabelecerá vedações, regras e condições para a acumulação de benefícios previdenciários. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 16. Os empregados dos consórcios públicos, das empresas públicas, das sociedades de economia mista e das suas subsidiárias serão aposentados compulsoriamente, observado o cumprimento do tempo mínimo de contribuição, ao atingir a idade máxima de que trata o inciso II do § 1º do art. 40, na forma estabelecida em lei. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

Art. 202. O regime de previdência privada, de caráter complementar e organizado de forma autônoma em relação ao regime geral de previdência social, será facultativo, baseado na constituição de reservas que garantam o benefício contratado, e regulado por lei complementar. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 1º A lei complementar de que trata este artigo assegurará ao participante de planos de benefícios de entidades de previdência privada o pleno acesso às informações relativas à gestão de seus respectivos planos. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 2º As contribuições do empregador, os benefícios e as condições contratuais previstas nos estatutos, regulamentos e planos de benefícios das entidades de previdência privada não integram o contrato de trabalho dos participantes, assim como, à exceção dos benefícios concedidos, não integram a remuneração dos participantes, nos termos da lei. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 3º É vedado o aporte de recursos a entidade de previdência privada pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, suas autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista e outras entidades públicas, salvo na qualidade de patrocinador, situação na qual, em hipótese alguma, sua contribuição normal poderá exceder a do segurado. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 4º Lei complementar disciplinará a relação entre a União, Estados, Distrito Federal ou Municípios, inclusive suas autarquias, fundações, sociedades de economia mista e empresas controladas direta ou indiretamente, enquanto patrocinadores de planos de benefícios previdenciários, e as entidades de previdência complementar. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 5º A lei complementar de que trata o § 4º aplicar-se-á, no que couber, às empresas privadas permissionárias ou concessionárias de prestação de serviços públicos, quando patrocinadoras de planos de benefícios em entidades de previdência complementar.

(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

§ 6º Lei complementar estabelecerá os requisitos para a designação dos membros das diretorias das entidades fechadas de previdência complementar instituídas pelos patrocinadores de que trata o § 4º e disciplinará a inserção dos participantes nos colegiados e instâncias de decisão em que seus interesses sejam objeto de discussão e deliberação. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

SEÇÃO IV
DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

VI - a redução da vulnerabilidade socioeconômica de famílias em situação de pobreza ou de extrema pobreza. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 114, de 2021)

Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

I - descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;

II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.

Parágrafo único. É facultado aos Estados e ao Distrito Federal vincular a programa de apoio à inclusão e promoção social até cinco décimos por cento de sua receita tributária líquida, vedada a aplicação desses recursos no pagamento de: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

I - despesas com pessoal e encargos sociais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

II - serviço da dívida; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

III - qualquer outra despesa corrente não vinculada diretamente aos investimentos ou ações apoiados. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

DOU de 5.10.1988

1.2. Lei nº 8.080/1990 (Ações e Serviços de Saúde)

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

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 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;

e) de saúde bucal; (Incluído pela Lei nº 14.572, de 2023)

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.

§ 4º Entende-se por saúde bucal o conjunto articulado de ações, em todos os níveis de complexidade, que visem a garantir promoção, prevenção, recuperação e reabilitação odontológica, individual e coletiva, inseridas no contexto da integralidade da atenção à saúde. (Incluído pela Lei nº 14.572, de 2023)

Art. 6º-A. As diferentes instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) ficam obrigadas a disponibilizar nas respectivas páginas eletrônicas na internet os estoques de medicamentos das farmácias públicas que estiverem sob sua gestão, com atualização quinzenal, de forma acessível ao cidadão comum. (Incluído pela Lei nº 14.654, de 2023)

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; (Vide ADIN 3454)

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. À direção nacional do SUS compete: (Redação dada Lei nº 14.572, de 2023)

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)

XX - definir as diretrizes e as normas para a estruturação física e organizacional dos serviços de saúde bucal. (Incluído pela Lei nº 14.572, de 2023)

§ 1º 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. (Renumerado do parágrafo único pela Lei nº 14.141, de 2021)

§ 2º Em situações epidemiológicas que caracterizem emergência em saúde pública, poderá ser adotado procedimento simplificado para a remessa de patrimônio genético ao exterior, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 14.141, de 2021)

§ 3º Os benefícios resultantes da exploração econômica de produto acabado ou material reprodutivo oriundo de acesso ao patrimônio genético de que trata o § 2º deste artigo serão repartidos nos termos da Lei nº 13.123, de 20 de maio de 2015. (Incluído pela Lei nº 14.141, de 2021)

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;

d) de saúde do trabalhador; e

e) de saúde bucal. (Incluído pela Lei nº 14.572, de 2023)

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 SUS compete: (Redação dada Lei nº 14.572, de 2023)

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) de saúde do trabalhador; e

f) de saúde bucal. (Incluído pela Lei nº 14.572, de 2023)

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. (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
DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE"
(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

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: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

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, de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pela Associação Médica Brasileira. (Redação dada pela Lei nº 14.655, de 2023)

§ 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)

§ 3º As metodologias empregadas na avaliação econômica a que se refere o inciso II do § 2º deste artigo serão dispostas em regulamento e amplamente divulgadas, inclusive em relação aos indicadores e parâmetros de custo-efetividade utilizados em combinação com outros critérios. (Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022)

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)

V - distribuição aleatória, respeitadas a especialização e a competência técnica requeridas para a análise da matéria; (Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022)

VI - publicidade dos atos processuais. (Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022)

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

Parágrafo único. Excetuam-se do disposto neste artigo: (Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022)

I - medicamento e produto em que a indicação de uso seja distinta daquela aprovada no registro na Anvisa, desde que seu uso tenha sido recomendado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), demonstradas as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança, e esteja padronizado em protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde; (Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022)

II - medicamento e produto recomendados pela Conitec e adquiridos por intermédio de organismos multilaterais internacionais, para uso em programas de saúde pública do Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas, nos termos do § 5º do art. 8º da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. (Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022)

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 SAÙDE

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 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.

§ 1º 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.

§ 2º 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.

§ 3º (Vetado).

§ 4º 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 III-A
DA TELESSAÚDE
(Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-A. A telessaúde abrange a prestação remota de serviços relacionados a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo federal e obedecerá aos seguintes princípios: (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

I - autonomia do profissional de saúde; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

II - consentimento livre e informado do paciente;

III - direito de recusa ao atendimento na modalidade telessaúde, com a garantia do atendimento presencial sempre que solicitado; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

IV - dignidade e valorização do profissional de saúde; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

V - assistência segura e com qualidade ao paciente; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

VI - confidencialidade dos dados; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

VII - promoção da universalização do acesso dos brasileiros às ações e aos serviços de saúde; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

VIII - estrita observância das atribuições legais de cada profissão; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

IX - responsabilidade digital. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-B. Para fins desta Lei, considera-se telessaúde a modalidade de prestação de serviços de saúde a distância, por meio da utilização das tecnologias da informação e da comunicação, que envolve, entre outros, a transmissão segura de dados e informações de saúde, por meio de textos, de sons, de imagens

ou outras formas adequadas. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Parágrafo único. Os atos do profissional de saúde, quando praticados na modalidade telessaúde, terão validade em todo o território nacional. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-C. Ao profissional de saúde são asseguradas a liberdade e a completa independência de decidir sobre a utilização ou não da telessaúde, inclusive com relação à primeira consulta, atendimento ou procedimento, e poderá indicar a utilização de atendimento presencial ou optar por ele, sempre que entender necessário. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-D. Compete aos conselhos federais de fiscalização do exercício profissional a normatização ética relativa à prestação dos serviços previstos neste Título, aplicando-se os padrões normativos adotados para as modalidades de atendimento presencial, no que não colidirem com os preceitos desta Lei. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-E. Na prestação de serviços por telessaúde, serão observadas as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento, observada a competência dos demais órgãos reguladores. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-F. O ato normativo que pretenda restringir a prestação de serviço de telessaúde deverá demonstrar a imprescindibilidade da medida para que sejam evitados danos à saúde dos pacientes. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-G. A prática da telessaúde deve seguir as seguintes determinações: (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

I - ser realizada por consentimento livre e esclarecido do paciente, ou de seu representante legal, e sob responsabilidade do profissional de saúde; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

II - prestar obediência aos ditames das Leis nºs 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet), 12.842, de 10 de julho de 2013 (Lei do Ato Médico), 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor) e, nas hipóteses cabíveis, aos ditames da Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018 (Lei do Prontuário Eletrônico). (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-H. É dispensada a inscrição secundária ou complementar do profissional de saúde que exercer a profissão em outra jurisdição exclusivamente por meio da modalidade telessaúde. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

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.

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

§ 2º 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.

§ 1º 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.

§ 2º 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.

§ 3º 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).

§ 4º (Vetado).

§ 5º 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.

§ 6º (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.

§ 1º 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.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º 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 (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

DOU de 20.9.1990

1.3. Lei nº 8.142/1990 (SUS)

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis

correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo. (Vide Lei nº 8.080, de 1990)

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2° desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5° É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6° Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7° Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169° da Independência e 102° da República.

FERNANDO COLLOR
Alceni Guerra

DOU de 31.12.1990

1.4. Lei nº 8.689/1993 (Extinção do INAMPS)

Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993.

Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica extinto, por força do disposto no art. 198 da Constituição Federal e nas Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), autarquia federal criada pela Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977, vinculada ao Ministério da Saúde.

Parágrafo único. As funções, competências, atividades e atribuições do Inamps serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Art. 2º Os bens imóveis e o acervo físico, documental e material integrantes do patrimônio do Inamps serão inventariados e: (Vide Lei nº 8.993, de 1995)

I - incorporados ao patrimônio da União, mediante termos lavrados na forma do inciso VI do art. 13 do Decreto-Lei nº 147, de 3 de fevereiro de 1967, com a redação dada pelo art. 10 da Lei nº 5.421, de 25 de abril de 1968, ficando o acervo documental sob a guarda e responsabilidade do Ministério da Saúde;

II - doados ou cedidos a municípios, estados e Distrito Federal, quando se tratar de hospitais e postos de assistência à saúde e, na conveniência de ambas as partes, cedidos, quando se tratar de imóveis de uso administrativo, os quais permanecerão como patrimônio do INSS, sendo obrigatória a publicação do ato correspondente que especifique o destinatário e o uso do bem.

§ 1º Incluem-se no acervo patrimonial de que trata este artigo os bens móveis e imóveis cedidos a estados, municípios e Distrito Federal, e os em uso pelo Inamps ou em processo de transferência para a autarquia.

§ 2º O inventário de que trata o *caput* será concluído no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da publicação desta lei e divulgado pelo Diário Oficial da União.

Art. 3º Fica o Poder Executivo autorizado a transferir as dotações orçamentárias do Inamps para o Fundo Nacional de Saúde, observados os mesmos subprojetos, subatividades e grupos de despesas previstos na Lei nº 8.652, de 29 de abril de 1993.

§ 1º A execução orçamentária do INAMPS, relativa à programação constante da Lei nº 8.652, de 29 de abril de 1993, fica, a partir da data de sua extinção, sob a responsabilidade da Junta Deliberativa do Fundo Nacional de Saúde. (Incluído pela Lei nº 8.896, de 1994)

§ 2º Fica a Junta Deliberativa do Fundo Nacional de Saúde autorizada, na forma da lei, a realizar todos os atos inerentes à gestão orçamentária e financeira das ações previstas para o INAMPS na Lei Orçamentária vigente. (Incluído pela Lei nº 8.896, de 1994)

§ 3º Os eventuais créditos adicionais relativos à programação do INAMPS serão concretizados com base na classificação institucional da Lei nº 8.652, de 1993. (Incluído pela Lei nº 8.896, de 1994)

§ 4º Os créditos suplementares, que forem autorizados nos termos do parágrafo anterior, observarão os mesmos subprojetos, subatividades e grupos de despesas previstas na Lei nº 8.652, de 1993. (Incluído pela Lei nº 8.896, de 1994)

§ 5º O Fundo Nacional de Saúde responderá pelas obrigações financeiras do INAMPS. (Incluído pela Lei nº 8.896, de 1994)

Art. 4º Os recursos de custeio dos serviços transferidos ao município, estado ou Distrito Federal integrarão o montante dos recursos que o Fundo Nacional de Saúde transfere, regular e automaticamente, ao fundo estadual e municipal de saúde, de acordo com os arts. 35 e 36 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e art. 4º da Lei nº 8.142, de 25 de dezembro de 1990.

§ 1º Com a transferência de serviços e a doação ou a cessão de bens patrimoniais do Inamps, a União, por intermédio do Ministério da Saúde, repassará, regularmente, ao Fundo de Saúde do estado, do Distrito Federal ou do município, responsáveis pela execução dos serviços, os recursos financeiros que a esfera federal vem aplicando na sua manutenção e funcionamento.

§ 2º Os serviços de assistência à saúde ainda sob responsabilidade do Inamps serão prestados por municípios e estados, conforme a respectiva competência definida na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, podendo ser executados, em caráter supletivo e transitório, pela União em relação às esferas estadual e municipal, e pelo Estado, em relação à esfera municipal.

§ 3º Não se inclui, no montante dos recursos de custeio dos serviços transferidos, a parcela referente ao pagamento de servidores federais afastados para a direção municipal ou estadual do Sistema Único de Saúde, cuja remuneração continuará a correr por conta da União.

§ 4º Será publicada trimestralmente no Diário Oficial da União a relação dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde à rede assistencial do Sistema Único de Saúde, com a discriminação dos estados, Distrito Federal e municípios beneficiados.

Art. 5º Os servidores do Inamps, ocupantes de cargos efetivos, passam a integrar o Quadro de Pessoal Permanente do Ministério da Saúde, respeitados os seus direitos, deveres e vantagens, sendo-lhes garantido o direito de opção por redistribuição para o Ministério da Previdência Social ou outro órgão ou entidade federal, observado o interesse geral da Administração Pública e o específico do Sistema Único de Saúde.

§ 1º Fica mantida a contribuição prevista no inciso II do art. 69 da Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, com a redação dada pela Lei nº 5.890, de 8 de junho de 1973, e no art. 22 da Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977, para a Assistência Patronal, transformada na Fundação de Seguridade Social (Geap), até que seja regulamentada a assistência à saúde do servidor prevista no art. 184 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

§ 2º (Vetado).

§ 3º Os servidores a que se refere o *caput* deste artigo poderão ser cedidos aos estados, Distrito Federal e municípios, na forma prevista no art. 20 da Lei nº 8.270, de 17 de dezembro de 1991.

§ 4º Aos servidores do Inamps que, na data da publicação desta lei, estejam em exercício nos hospitais universitários das universidades federais, no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e em outros órgãos e entidades da Administração Pública Federal, será assegurado o direito de opção no prazo de cento e oitenta dias, para integrarem o quadro de pessoal dos referidos órgãos e entidades, sem prejuízo dos direitos e vantagens a que fazem jus, de acordo com a legislação pertinente.

§ 5º Serão computados para fins do art. 2º da Lei nº 6.732, de 4 de dezembro de 1979, e do art. 193 da Lei nº 8.112, de 12 de dezembro de 1990, os períodos de função gratificada ou cargo em comissão exercidos por servidores do Ministério da Saúde ou de entidades vinculadas, nos órgãos e entidades do Sistema Único de Saúde nos estados, no Distrito Federal e nos municípios.

Art. 6º Fica instituído no âmbito do Ministério da Saúde o Sistema Nacional de Auditoria de que tratam o inciso XIX do art. 16 e o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (Regulamento)

§ 1º Ao Sistema Nacional de Auditoria compete a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde, que será realizada de forma descentralizada.

§ 2º A descentralização do Sistema Nacional de Auditoria far-se-á através dos órgãos estaduais e municipais e de representação do Ministério da Saúde em cada Estado da Federação e no Distrito Federal.

§ 3º Os atuais cargos e funções referentes às ações de auditoria ficam mantidos e serão absorvidos pelo Sistema Nacional de Auditoria, por ocasião da reestruturação do Ministério da Saúde, de que trata o art. 13.

§ 4º O Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria será o órgão central do Sistema Nacional de Auditoria.

Art. 7º As pessoas físicas ou jurídicas que se encontram inadimplentes em relação à prestação de contas ao Inamps, ou sujeitas aos procedimentos de fiscalização previstos na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, continuam obrigadas pelo compromisso assumido até a declaração de extinção da obrigação, mantidos os prazos legais de prescrição.

Art. 8º Os créditos do Inamps junto aos agentes ou entidades integrantes do Sistema Único de Saúde, bem como aqueles decorrentes de transações financeiras ou comerciais, já apurados na data de publicação desta lei ou decorrentes da disposição contida no parágrafo anterior, serão creditados a favor do Fundo Nacional de Saúde e informados ao Tribunal de Contas da União, mediante relatórios mensais.

Art. 9º A Consultoria Jurídica e a Secretaria de Controle Interno do Ministério da Saúde

adotarão medidas para que, no prazo de cento e oitenta dias, contados da publicação desta lei, sejam concluídos todos os processos referentes a sindicâncias, inquéritos administrativos, tomadas de contas especiais ou auditorias, que estejam em tramitação, com ampla divulgação de seus resultados.

Parágrafo único. As conclusões das auditorias realizadas desde 1º de janeiro de 1989 serão encaminhadas ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério Público Federal.

Art. 10. Os dados contidos nos sistemas de informação do Datasus e Dataprev, de interesse do Inamps, permanecerão disponíveis e acessíveis a qualquer interessado.

Art. 11. A União sucederá o Inamps nos seus direitos e obrigações, nos termos desta lei.

Art. 12. (Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 2012)

Parágrafo único. (Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 2012)

Art. 13. O Poder Executivo, no prazo máximo de noventa dias, procederá à reestruturação global do Ministério da Saúde e de seus órgãos e entidades, com vistas à adequação de suas atividades ao disposto na Constituição Federal e nas Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, encaminhando ao Congresso Nacional projeto de lei correspondente a eventuais mudanças na sua estrutura básica e propostas de extinção ou criação de órgãos e entidades.

Parágrafo único. A reestruturação a que se refere este artigo contemplará a estruturação do Sistema Nacional de Auditoria, ora instituído, assim como suas correspondentes projeções nas Unidades da Federação, que funcionará nos termos do inciso XIX do art. 16 e do § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Art. 14. Após a extinção do Inamps, a União, através do Orçamento da Seguridade Social, obriga-se a garantir ao Sistema Único de Saúde, permanentemente e sem prejuízo da participação dos recursos do Orçamento Fiscal, o aporte anual de recursos financeiros equivalentes, no mínimo, à média dos gastos da autarquia nos últimos cinco exercícios fiscais.

Art. 15. O Ministro de Estado da Saúde expedirá todos os atos necessários à manutenção da continuidade dos serviços assistenciais de que trata esta lei.

Art. 16. No desempenho de suas atribuições institucionais, o Conselho Nacional de Saúde acompanhará a execução do disposto nesta lei e opinará sobre a reestruturação prevista no art. 13.

Art. 17. As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta da dotação orçamentária global do Ministério da Saúde.

Art. 18. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 19. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 27 de julho de 1993; 172º da Independência e 105º da República.

ITAMAR FRANCO
Jamil Haddad

DOU de 28.7.1993

1.5. Lei nº 9.637/1998 (Organizações Sociais)

Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.

Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I
DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

SEÇÃO I
DA QUALIFICAÇÃO

Art. 1º O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei.

Art. 2º São requisitos específicos para que as entidades privadas referidas no artigo anterior habilitem-se à qualificação como organização social:

I - comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:

a) natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação;

b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;

c) previsão expressa de a entidade ter, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, asseguradas àquele composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas nesta Lei;

d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes do Poder Público e de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;

e) composição e atribuições da diretoria;

f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial da União, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;

g) no caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;

h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;

i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito da União, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, na proporção dos recursos e bens por estes alocados;

II - haver aprovação, quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social, do Ministro ou titular de órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social e do Ministro de Estado da Administração Federal e Reforma do Estado.

SEÇÃO II
DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Art. 3º O conselho de administração deve estar estruturado nos termos que dispuser o respectivo estatuto, observados, para os fins de atendimento dos requisitos de qualificação, os seguintes critérios básicos:

I - ser composto por:

a) 20 a 40% (vinte a quarenta por cento) de membros natos representantes do Poder Público, definidos pelo estatuto da entidade;

b) 20 a 30% (vinte a trinta por cento) de membros natos representantes de entidades da sociedade civil, definidos pelo estatuto;

c) até 10% (dez por cento), no caso de associação civil, de membros eleitos dentre os membros ou os associados;

d) 10 a 30% (dez a trinta por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;

e) até 10% (dez por cento) de membros indicados ou eleitos na forma estabelecida pelo estatuto;

II - os membros eleitos ou indicados para compor o Conselho devem ter mandato de quatro anos, admitida uma recondução;

III - os representantes de entidades previstos nas alíneas "a" e "b" do inciso I devem corresponder a mais de 50% (cinquenta por cento) do Conselho;

IV - o primeiro mandato de metade dos membros eleitos ou indicados deve ser de dois anos, segundo critérios estabelecidos no estatuto;

V - o dirigente máximo da entidade deve participar das reuniões do conselho, sem direito a voto;

VI - o Conselho deve reunir-se ordinariamente, no mínimo, três vezes a cada ano e, extraordinariamente, a qualquer tempo;

VII - os conselheiros não devem receber remuneração pelos serviços que, nesta condição, prestarem à organização social, ressalvada a ajuda de custo por reunião da qual participem;

VIII - os conselheiros eleitos ou indicados para integrar a diretoria da entidade devem renunciar ao assumirem funções executivas.

Art. 4º Para os fins de atendimento dos requisitos de qualificação, devem ser atribuições privativas do Conselho de Administração, dentre outras:

I - fixar o âmbito de atuação da entidade, para consecução do seu objeto;

II - aprovar a proposta de contrato de gestão da entidade;

III - aprovar a proposta de orçamento da entidade e o programa de investimentos;

IV - designar e dispensar os membros da diretoria;

V - fixar a remuneração dos membros da diretoria;

VI - aprovar e dispor sobre a alteração dos estatutos e a extinção da entidade por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros;

VII - aprovar o regimento interno da entidade, que deve dispor, no mínimo, sobre a estrutura, forma de gerenciamento, os cargos e respectivas competências;

VIII - aprovar por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros, o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras, serviços, compras e alienações e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade;

IX - aprovar e encaminhar, ao órgão supervisor da execução do contrato de gestão, os relatórios gerenciais e de atividades da entidade, elaborados pela diretoria;

X - fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas e aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis e as contas anuais da entidade, com o auxílio de auditoria externa.

SEÇÃO III
DO CONTRATO DE GESTÃO

Art. 5º Para os efeitos desta Lei, entende-se por contrato de gestão o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às áreas relacionadas no art. 1º.

Art. 6º O contrato de gestão, elaborado de comum acordo entre o órgão ou entidade supervisora e a organização social, discriminará as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da organização social.

Parágrafo único. O contrato de gestão deve ser submetido, após aprovação pelo Conselho de Administração da entidade, ao Ministro de Estado ou autoridade supervisora da área correspondente à atividade fomentada.

Art. 7º Na elaboração do contrato de gestão, devem ser observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e, também, os seguintes preceitos:

I - especificação do programa de trabalho proposto pela organização social, a estipulação das metas a serem atingidas e os respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade;

II - a estipulação dos limites e critérios para despesa com remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das organizações sociais, no exercício de suas funções.

Parágrafo único. Os Ministros de Estado ou autoridades supervisoras da área de atuação da entidade devem definir as demais cláusulas dos contratos de gestão de que sejam signatários.

SEÇÃO IV
DA EXECUÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

Art. 8º A execução do contrato de gestão celebrado por organização social será fiscalizada pelo órgão ou entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada.

§ 1º A entidade qualificada apresentará ao órgão ou entidade do Poder Público supervisora signatária do contrato, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.

§ 2º Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão devem ser analisados, periodicamente, por comissão de avaliação, indicada pela autoridade supervisora da área correspondente, composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação.

§ 3º A comissão deve encaminhar à autoridade supervisora relatório conclusivo sobre a avaliação procedida.

Art. 9º Os responsáveis pela fiscalização da execução do contrato de gestão, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, dela darão ciência ao Tribunal de Contas da União, sob pena de responsabilidade solidária.

Art. 10. Sem prejuízo da medida a que se refere o artigo anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, os responsáveis pela fiscalização representarão ao Ministério Público, à Advocacia-Geral da União ou à Procuradoria da entidade para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o seqüestro dos bens dos seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

§ 1º O pedido de seqüestro será processado de acordo com o disposto nos arts. 822 e 825 do Código de Processo Civil.

§ 2º Quando for o caso, o pedido incluirá a investigação, o exame e o bloqueio de bens, contas bancárias e aplicações mantidas pelo demandado no País e no exterior, nos termos da lei e dos tratados internacionais.

§ 3º Até o término da ação, o Poder Público permanecerá como depositário e gestor dos bens e valores seqüestrados ou indisponíveis e velará pela continuidade das atividades sociais da entidade.

SEÇÃO V
DO FOMENTO ÀS ATIVIDADES SOCIAIS

Art. 11. As entidades qualificadas como organizações sociais são declaradas como entidades de interesse social e utilidade pública, para todos os efeitos legais.

Art. 12. Às organizações sociais poderão ser destinados recursos orçamentários e bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão.

§ 1º São assegurados às organizações sociais os créditos previstos no orçamento e as respectivas liberações financeiras, de acordo com o cronograma de desembolso previsto no contrato de gestão.

§ 2º Poderá ser adicionada aos créditos orçamentários destinados ao custeio do contrato de gestão parcela de recursos para compensar desligamento de servidor cedido, desde que haja justificativa expressa da necessidade pela organização social.

§ 3º Os bens de que trata este artigo serão destinados às organizações sociais, dispensada licitação, mediante permissão de uso, consoante cláusula expressa do contrato de gestão.

Art. 13. Os bens móveis públicos permitidos para uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, condicionado a que os novos bens integrem o patrimônio da União.

Parágrafo único. A permuta de que trata este artigo dependerá de prévia avaliação do bem e expressa autorização do Poder Público.

Art. 14. É facultado ao Poder Executivo a cessão especial de servidor para as organizações sociais, com ônus para a origem.

§ 1º Não será incorporada aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor cedido qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela organização social.

§ 2º Não será permitido o pagamento de vantagem pecuniária permanente por organização social a servidor cedido com recursos provenientes do contrato de gestão, ressalvada a hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção e assessoria.

§ 3º O servidor cedido perceberá as vantagens do cargo a que fizer juz no órgão de origem, quando ocupante de cargo de primeiro ou de segundo escalão na organização social.

Art. 15. São extensíveis, no âmbito da União, os efeitos dos arts. 11 e 12, § 3º, para as entidades qualificadas como organizações sociais pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, quando houver reciprocidade e desde que a legislação local não contrarie os preceitos desta Lei e a legislação específica de âmbito federal.

SEÇÃO VI
DA DESQUALIFICAÇÃO

Art. 16. O Poder Executivo poderá proceder à desqualificação da entidade como organização social, quando constatado o descumprimento das disposições contidas no contrato de gestão.

§ 1º A desqualificação será precedida de processo administrativo, assegurado o direito

de ampla defesa, respondendo os dirigentes da organização social, individual e solidariamente, pelos danos ou prejuízos decorrentes de sua ação ou omissão.

§ 2º A desqualificação importará reversão dos bens permitidos e dos valores entregues à utilização da organização social, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 17. A organização social fará publicar, no prazo máximo de noventa dias contado da assinatura do contrato de gestão, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público.

Art. 18. A organização social que absorver atividades de entidade federal extinta no âmbito da área de saúde deverá considerar no contrato de gestão, quanto ao atendimento da comunidade, os princípios do Sistema Único de Saúde, expressos no art. 198 da Constituição Federal e no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Art. 19. As entidades que absorverem atividades de rádio e televisão educativa poderão receber recursos e veicular publicidade institucional de entidades de direito público ou privado, a título de apoio cultural, admitindo-se o patrocínio de programas, eventos e projetos, vedada a veiculação remunerada de anúncios e outras práticas que configurem comercialização de seus intervalos. (Regulamento)

Art. 20. Será criado, mediante decreto do Poder Executivo, o Programa Nacional de Publicização - PNP, com o objetivo de estabelecer diretrizes e critérios para a qualificação de organizações sociais, a fim de assegurar a absorção de atividades desenvolvidas por entidades ou órgãos públicos da União, que atuem nas atividades referidas no art. 1º, por organizações sociais, qualificadas na forma desta Lei, observadas as seguintes diretrizes: (Regulamento)

I - ênfase no atendimento do cidadão-cliente;

II - ênfase nos resultados, qualitativos e quantitativos nos prazos pactuados;

III - controle social das ações de forma transparente.

Art. 21. São extintos o Laboratório Nacional de Luz Síncrotron, integrante da estrutura do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, e a Fundação Roquette Pinto, entidade vinculada à Presidência da República.

§ 1º Competirá ao Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado supervisionar o processo de inventário do Laboratório Nacional de Luz Síncrotron, a cargo do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, cabendo-lhe realizá-lo para a Fundação Roquette Pinto.

§ 2º No curso do processo de inventário da Fundação Roquette Pinto e até a assinatura do contrato de gestão, a continuidade das atividades sociais ficará sob a supervisão da Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República.

§ 3º É o Poder Executivo autorizado a qualificar como organizações sociais, nos termos desta Lei, as pessoas jurídicas de direito privado indicadas no Anexo I, bem assim a permitir a absorção de atividades desempenhadas pelas entidades extintas por este artigo.

§ 4º Os processos judiciais em que a Fundação Roquette Pinto seja parte, ativa ou passivamente, serão transferidos para a União, na qualidade de sucessora, sendo representada pela Advocacia-Geral da União.

Art. 22. As extinções e a absorção de atividades e serviços por organizações sociais de que trata esta Lei observarão os seguintes preceitos:

I - os servidores integrantes dos quadros permanentes dos órgãos e das entidades extintos terão garantidos todos os direitos e vantagens decorrentes do respectivo cargo ou emprego e integrarão quadro em extinção nos órgãos ou nas entidades indicados no Anexo II, sendo facultada aos órgãos e entidades supervisoras, ao seu critério exclusivo, a cessão de servidor, irrecusável para este, com ônus para a origem, à organização social que vier a absorver as correspondentes atividades, observados os §§ 1º e 2º do art. 14;

II - a desativação das unidades extintas será realizada mediante inventário de seus bens imóveis e de seu acervo físico, documental e material, bem como dos contratos e convênios, com a adoção de providências dirigidas à manutenção e ao prosseguimento das atividades sociais a cargo dessas unidades, nos termos da legislação aplicável em cada caso;

III - os recursos e as receitas orçamentárias de qualquer natureza, destinados às unidades extintas, serão utilizados no processo de

inventário e para a manutenção e o financiamento das atividades sociais até a assinatura do contrato de gestão;

IV - quando necessário, parcela dos recursos orçamentários poderá ser reprogramada, mediante crédito especial a ser enviado ao Congresso Nacional, para o órgão ou entidade supervisora dos contratos de gestão, para o fomento das atividades sociais, assegurada a liberação periódica do respectivo desembolso financeiro para a organização social;

V - encerrados os processos de inventário, os cargos efetivos vagos e os em comissão serão considerados extintos;

VI - a organização social que tiver absorvido as atribuições das unidades extintas poderá adotar os símbolos designativos destes, seguidos da identificação "OS".

§ 1º A absorção pelas organizações sociais das atividades das unidades extintas efetivar-se-á mediante a celebração de contrato de gestão, na forma dos arts. 6º e 7º.

§ 2º Poderá ser adicionada às dotações orçamentárias referidas no inciso IV parcela dos recursos decorrentes da economia de despesa incorrida pela União com os cargos e funções comissionados existentes nas unidades extintas.

Art. 23. É o Poder Executivo autorizado a ceder os bens e os servidores da Fundação Roquette Pinto no Estado do Maranhão ao Governo daquele Estado.

Art. 23-A. Os servidores oriundos da extinta Fundação Roquette Pinto e do extinto Território Federal de Fernando de Noronha poderão ser redistribuídos ou cedidos para órgãos e entidades da Administração Pública Federal, independentemente do disposto no inciso II do art. 37 e no inciso I do art. 93 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, assegurados todos os direitos e vantagens, inclusive o pagamento de gratificação de desempenho ou de produtividade, sem alteração de cargo ou de tabela remuneratória. (Incluído pela Lei nº 12.269, de 2010)

Parágrafo único. As disposições do caput aplicam-se aos servidores que se encontram cedidos nos termos do inciso I do art. 22 e do art. 23 desta Lei. (Incluído pela Lei nº 12.269, de 2010)

Art. 24. São convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 1.648-7, de 23 de abril de 1998.

Art. 25. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 15 de maio de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Pedro Malan
Paulo Paiva
José Israel Vargas
Luiz Carlos Bresser Pereira
Clovis de Barros Carvalho

DOU de 18.5.1998 e retificado no DOU 25.5.1998

1.6. Lei Complementar nº 141/2012 (ASPS)

Lei Complementar nº 101, de 13 de janeiro de 2012.

Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei Complementar:

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Lei Complementar institui, nos termos do § 3º do art. 198 da Constituição Federal:

I - o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;

II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;

III - critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;

IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

CAPÍTULO II
DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Art. 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;

II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e

III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

Art. 3º Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e

XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Art. 4º Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:

I - pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;

II - pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;

III - assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;

IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;

V - saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;

VII - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

VIII - ações de assistência social;

IX - obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

X - ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

CAPÍTULO III
DA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

SEÇÃO I
DOS RECURSOS MÍNIMOS

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

§ 1º (Vetado).

§ 2º Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea "a" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Parágrafo único. (Vetado).

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea "b" do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

Parágrafo único. (Vetado).

Art. 8º O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

Art. 9º Está compreendida na base de cálculo dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no § 2º do art. 198 da Constituição Federal, já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial.

Art. 10. Para efeito do cálculo do montante de recursos previsto no § 3º do art. 5º e nos arts. 6º e 7º, devem ser considerados os recursos decorrentes da dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa.

Art. 11. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão observar o disposto nas respectivas Constituições ou Leis Orgânicas sempre que os percentuais nelas estabelecidos forem superiores aos fixados nesta Lei Complementar para aplicação em ações e serviços públicos de saúde. (Vide ADIN 5897)

SEÇÃO II
DO REPASSE E APLICAÇÃO DOS RECURSOS MÍNIMOS

Art. 12. Os recursos da União serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, para ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 13. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º Os recursos da União previstos nesta Lei Complementar serão transferidos aos demais entes da Federação e movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal, observados os critérios e procedimentos definidos em ato próprio do Chefe do Poder Executivo da União.

§ 3º (Vetado).

§ 4º A movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deve realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

Art. 14. O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

Art. 15. (Vetado).

Art. 16. O repasse dos recursos previstos nos arts. 6º a 8º será feito diretamente ao Fundo de Saúde do respectivo ente da Federação e, no caso da União, também às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde.

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º As instituições financeiras referidas no § 3º do art. 164 da Constituição Federal são obrigadas a evidenciar, nos demonstrativos financeiros das contas correntes do ente da Federação, divulgados inclusive em meio eletrônico, os valores globais das transferências e as parcelas correspondentes destinadas ao Fundo de Saúde, quando adotada a sistemática prevista no § 2º deste artigo, observadas as normas editadas pelo Banco Central do Brasil.

§ 4º (Vetado).

SEÇÃO III
DA MOVIMENTAÇÃO DOS RECURSOS DA UNIÃO

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

§ 3º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso I do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios.

Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos federais poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre a União e os demais entes da Federação, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.

SEÇÃO IV
DA MOVIMENTAÇÃO DOS RECURSOS DOS ESTADOS

Art. 19. O rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite, e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

§ 2º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso II do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá o respectivo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios com base no Plano Estadual de Saúde.

Art. 20. As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos estaduais poderão ser repassados aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre o Estado e seus Municípios, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.

Art. 21. Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

Parágrafo único. A modalidade gerencial referida no caput deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e na Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, e com as normas do SUS pactuadas na comissão intergestores tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

SEÇÃO V
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 22. É vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal na modalidade regular e automática prevista nesta Lei Complementar, os quais são considerados transferência obrigatória destinada ao custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do inciso X do art. 167 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Parágrafo único. A vedação prevista no caput não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos:

I - à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação; e

II - à elaboração do Plano de Saúde.

Art. 23. Para a fixação inicial dos valores correspondentes aos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, será considerada a receita estimada na lei do orçamento anual, ajustada, quando for o caso, por lei que autorizar a abertura de créditos adicionais.

Parágrafo único. As diferenças entre a receita e a despesa previstas e as efetivamente realizadas que resultem no não atendimento dos percentuais mínimos obrigatórios serão apuradas e corrigidas a cada quadrimestre do exercício financeiro.

Art. 24. Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere esta Lei Complementar, serão consideradas:

I - as despesas liquidadas e pagas no exercício; e

II - as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite das

disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde.

§ 1º A disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, considerados para fins do mínimo na forma do inciso II do caput e posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser, necessariamente, aplicada em ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Na hipótese prevista no § 1º, a disponibilidade deverá ser efetivamente aplicada em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos Restos a Pagar, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente.

§ 3º Nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, serão consideradas para fins de apuração dos percentuais mínimos fixados nesta Lei Complementar as despesas incorridas no período referentes à amortização e aos respectivos encargos financeiros decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000, visando ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde.

§ 4º Não serão consideradas para fins de apuração dos mínimos constitucionais definidos nesta Lei Complementar as ações e serviços públicos de saúde referidos no art. 3º:

I - na União, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, referentes a despesas custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita, nos casos previstos nos arts. 6º e 7º;

II - (Vetado).

Art. 25. Eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar deverá, observado o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis.

Parágrafo único. Compete ao Tribunal de Contas, no âmbito de suas atribuições, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição, sem prejuízo do disposto no art. 39 e observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar.

Art. 26. Para fins de efetivação do disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, o condicionamento da entrega de recursos poderá ser feito mediante exigência da comprovação de aplicação adicional do percentual mínimo que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício imediatamente anterior, apurado e divulgado segundo as normas estatuídas nesta Lei Complementar, depois de expirado o prazo para publicação dos demonstrativos do encerramento do exercício previstos no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 1º No caso de descumprimento dos percentuais mínimos pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, verificado a partir da fiscalização dos Tribunais de Contas ou das informações declaradas e homologadas na forma do sistema eletrônico instituído nesta Lei Complementar, a União e os Estados poderão restringir, a título de medida preliminar, o repasse dos recursos referidos nos incisos II e III do § 2º do art. 198 da Constituição Federal ao emprego em ações e serviços públicos de saúde, até o montante correspondente à parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores, mediante depósito direto na conta corrente vinculada ao Fundo de Saúde, sem prejuízo do condicionamento da entrega dos recursos à comprovação prevista no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal.

§ 2º Os Poderes Executivos da União e de cada Estado editarão, no prazo de 90 (noventa) dias a partir da vigência desta Lei Complementar, atos próprios estabelecendo os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências constitucionais de que trata o § 1º, a serem adotados caso os recursos repassados diretamente à conta do Fundo de Saúde não sejam efetivamente aplicados no prazo fixado por cada ente, o qual não poderá exceder a 12 (doze) meses contados a partir da data em que ocorrer o referido repasse.

§ 3º Os efeitos das medidas restritivas previstas neste artigo serão suspensos imediatamente após a comprovação por parte do ente da Federação beneficiário da aplicação adicional do montante referente ao percentual que deixou de ser aplicado, observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício corrente.

§ 4º A medida prevista no caput será restabelecida se houver interrupção do cumprimento do disposto neste artigo ou se for constatado erro ou fraude, sem prejuízo das sanções cabíveis ao agente que agir, induzir ou concorrer, direta ou indiretamente, para a prática do ato fraudulento.

§ 5º Na hipótese de descumprimento dos percentuais mínimos de saúde por parte dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, as transferências voluntárias da União e dos Estados poderão ser restabelecidas desde que o ente beneficiário comprove o cumprimento das disposições estatuídas neste artigo, sem prejuízo das exigências, restrições e sanções previstas na legislação vigente.

Art. 27. Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectarem que os recursos previstos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3º desta Lei Complementar, ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso, com vistas:

I - à adoção das providências legais, no sentido de determinar a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse;

II - à responsabilização nas esferas competentes.

Art. 28. São vedadas a limitação de empenho e a movimentação financeira que comprometam a aplicação dos recursos mínimos de que tratam os arts. 5º a 7º.

Art. 29. É vedado aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios excluir da base de cálculo das receitas de que trata esta Lei Complementar quaisquer parcelas de impostos ou transferências constitucionais vinculadas a fundos ou despesas, por ocasião da apuração do percentual ou montante mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 30. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.

§ 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

§ 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade interregional.

§ 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

§ 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

CAPÍTULO IV
DA TRANSPARÊNCIA, VISIBILIDADE, FISCALIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE

SEÇÃO I
DA TRANSPARÊNCIA E VISIBILIDADE DA GESTÃO DA SAÚDE

Art. 31. Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a:

I - comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;

II - Relatório de Gestão do SUS;

III - avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.

Parágrafo único. A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.

SEÇÃO II
DA ESCRITURAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DAS CONTAS DA SAÚDE

Art. 32. Os órgãos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão registro contábil relativo às despesas efetuadas com ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo único. As normas gerais para fins do registro de que trata o caput serão editadas pelo órgão central de contabilidade da União, observada a necessidade de segregação das informações, com vistas a dar cumprimento às disposições desta Lei Complementar.

Art. 33. O gestor de saúde promoverá a consolidação das contas referentes às despesas com ações e serviços públicos de saúde executadas por órgãos e entidades da administração direta e indireta do respectivo ente da Federação.

SEÇÃO III
DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Art. 34. A prestação de contas prevista no art. 37 conterá demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 35. As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório de que trata o § 3º do art. 165 da Constituição Federal.

Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

§ 1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos arts. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 2º Os entes da Federação deverão encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

§ 3º Anualmente, os entes da Federação atualizarão o cadastro no Sistema de que trata o art. 39 desta Lei Complementar, com menção às exigências deste artigo, além de indicar a data de aprovação do Relatório de Gestão pelo respectivo Conselho de Saúde.

§ 4º O Relatório de que trata o caput será elaborado de acordo com modelo padronizado aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, devendo-se adotar modelo simplificado para Municípios com população inferior a 50.000 (cinquenta mil habitantes).

§ 5º O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de que trata o caput.

SEÇÃO IV
DA FISCALIZAÇÃO DA GESTÃO DA SAÚDE

Art. 37. Os órgãos fiscalizadores examinarão, prioritariamente, na prestação de contas de recursos públicos prevista no art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, o cumprimento do disposto no art. 198 da Constituição Federal e nesta Lei Complementar.

Art. 38. O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito:

I - à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;

II - ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;

III - à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar;

IV - às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;

V - à aplicação dos recursos vinculados ao SUS;

VI - à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

Art. 39. Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas de cada ente da Federação, o Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações.

§ 1º O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), ou outro sistema que venha a substituí-lo, será desenvolvido com observância dos seguintes requisitos mínimos, além de outros estabelecidos pelo Ministério da Saúde mediante regulamento:

I - obrigatoriedade de registro e atualização permanente dos dados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;

II - processos informatizados de declaração, armazenamento e exportação dos dados;

III - disponibilização do programa de declaração aos gestores do SUS no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público;

IV - realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos nesta Lei Complementar, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;

V - previsão de módulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde consideradas para fins de emissão do parecer prévio divulgado nos termos dos arts. 48 e 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS;

VI - integração, mediante processamento automático, das informações do Siops ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle das disposições do inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 2º Atribui-se ao gestor de saúde declarante dos dados contidos no sistema especificado no caput a responsabilidade pelo registro dos dados no Siops nos prazos definidos, assim como pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais se conferirá fé pública para todos os fins previstos nesta Lei Complementar e na legislação concernente.

§ 3º O Ministério da Saúde estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do sistema informatizado, bem como os prazos para o registro e homologação das informações no Siops, conforme pactuado entre os gestores do SUS, observado o disposto no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 4º Os resultados do monitoramento e avaliação previstos neste artigo serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão o Relatório de Gestão de cada ente federado, conforme previsto no art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

§ 5º O Ministério da Saúde, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas nesta Lei Complementar, dará ciência à direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis.

§ 6º O descumprimento do disposto neste artigo implicará a suspensão das transferências voluntárias entre os entes da Federação, observadas as normas estatuídas no art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 40. Os Poderes Executivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios disponibilizarão, aos respectivos Tribunais de Contas, informações sobre o cumprimento desta Lei Complementar, com a finalidade de subsidiar as ações de controle e fiscalização.

Parágrafo único. Constatadas divergências entre os dados disponibilizados pelo Poder Executivo e os obtidos pelos Tribunais de Contas em seus procedimentos de fiscalização, será dado ciência ao Poder Executivo e à direção local do SUS, para que sejam adotadas as medidas cabíveis, sem prejuízo das sanções previstas em lei.

Art. 41. Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre

o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

Art. 42. Os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, deverão verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento do disposto nesta Lei Complementar, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde, sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle externo e pelo Ministério Público com jurisdição no território do ente da Federação.

CAPÍTULO V
DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 43. A União prestará cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a implementação do disposto no art. 20 e para a modernização dos respectivos Fundos de Saúde, com vistas ao cumprimento das normas desta Lei Complementar.

§ 1º A cooperação técnica consiste na implementação de processos de educação na saúde e na transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico de que trata o art. 39, bem como na formulação e disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde, que deverão ser submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 2º A cooperação financeira consiste na entrega de bens ou valores e no financiamento por intermédio de instituições financeiras federais.

Art. 44. No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Art. 45. (Vetado).

Art. 46. As infrações dos dispositivos desta Lei Complementar serão punidas segundo o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), a Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950, o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967, a Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e demais normas da legislação pertinente.

Art. 47. Revogam-se o § 1º do art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art. 12 da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993.

Art. 48. Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de janeiro de 2012; 191º da Independência e 124º da República.

DILMA ROUSSEFF
José Eduardo Cardozo
Guido Mantega
Alexandre Rocha Santos Padilha
Eva Maria Cella Dal Chiavon
Luís Inácio Lucena Adams

DOU de 16.1.2012

1.7. Lei nº 11.634/2007 (Direito da Gestante ao Conhecimento e a Vinculação à Maternidade - SUS)

Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007.

Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à:

I - maternidade na qual será realizado seu parto;

II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal.

§ 1º A vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal.

§ 2º A maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério.

Art. 2º O Sistema Único de Saúde analisará os requerimentos de transferência da gestante em caso de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade e cuidará da transferência segura da gestante.

Art. 3º A execução desta Lei correrá por conta de recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes suplementares.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 27 de dezembro de 2007; 186º da Independência e 119º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Márcia Bassit Lameiro Costa Mazzoli

DOU de 28.12.2007

1.8. Lei nº 12.732/2012 (Primeiro Tratamento de Paciente com Neoplasia Maligna Comprovada)

Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012.

Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários, na forma desta Lei.

Parágrafo único. A padronização de terapias do câncer, cirúrgicas e clínicas, deverá ser revista e republicada, e atualizada sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico e à disponibilidade de novos tratamentos comprovados.

Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.

§ 1º Para efeito do cumprimento do prazo estipulado no caput, considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso.

§ 2º Os pacientes acometidos por manifestações dolorosas consequentes de neoplasia maligna terão tratamento privilegiado e gratuito, quanto ao acesso às prescrições e dispensação de analgésicos opiáceos ou correlatos.

§ 3º Nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja a de neoplasia maligna, os exames necessários à elucidação devem ser realizados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, mediante solicitação fundamentada do médico responsável. (Incluído pela Lei nº 13.896, de 2019)

Art. 3º O descumprimento desta Lei sujeitará os gestores direta e indiretamente responsáveis às penalidades administrativas.

Art. 4º Os Estados que apresentarem grandes espaços territoriais sem serviços especializados em oncologia deverão produzir planos regionais de instalação deles, para superar essa situação.

Art. 4º-A. As doenças, agravos e eventos em saúde relacionados às neoplasias terão notificação e registro compulsórios, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos regulamentares. (Incluído pela Lei nº 13.685,de 2018)

Art. 5º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

Brasília, 22 de novembro de 2012; 191º da Independência e 124º da República.

DILMA ROUSSEFF

José Eduardo Cardozo
Alexandre Rocha Santos Padilha

DOU de 23.11.2012

1.9. Lei nº 12.764/2012 (Política Nacional dos Direitos da Pessoa com TEA)

Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012.

Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e estabelece diretrizes para sua consecução.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, é considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica caracterizada na forma dos seguintes incisos I ou II:

I - deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;

II - padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

§ 2º A pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais.

§ 3º Os estabelecimentos públicos e privados referidos na Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, poderão valer-se da fita quebra-cabeça, símbolo mundial da conscientização do transtorno do espectro autista, para identificar a prioridade devida às pessoas com transtorno do espectro autista. (Incluído pela Lei nº 13.977, de 2020)

Art. 2º São diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista:

I - a intersetorialidade no desenvolvimento das ações e das políticas e no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista;

II - a participação da comunidade na formulação de políticas públicas voltadas para as pessoas com transtorno do espectro autista e o controle social da sua implantação, acompanhamento e avaliação;

III - a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com transtorno do espectro autista, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes;

IV - (Vetado);

V - o estímulo à inserção da pessoa com transtorno do espectro autista no mercado de trabalho, observadas as peculiaridades da deficiência e as disposições da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente);

VI - a responsabilidade do poder público quanto à informação pública relativa ao transtorno e suas implicações;

VII - o incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista, bem como a pais e responsáveis;

VIII - o estímulo à pesquisa científica, com prioridade para estudos epidemiológicos tendentes a dimensionar a magnitude e as características do problema relativo ao transtorno do espectro autista no País.

Parágrafo único. Para cumprimento das diretrizes de que trata este artigo, o poder público poderá firmar contrato de direito público ou convênio com pessoas jurídicas de direito privado.

Art. 3º São direitos da pessoa com transtorno do espectro autista:

I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer;

II - a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração;

III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo:

a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;

b) o atendimento multiprofissional;

c) a nutrição adequada e a terapia nutricional;

d) os medicamentos;

e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento;

IV - o acesso:

a) à educação e ao ensino profissionalizante;

b) à moradia, inclusive à residência protegida;

c) ao mercado de trabalho;

d) à previdência social e à assistência social.

Parágrafo único. Em casos de comprovada necessidade, a pessoa com transtorno do espectro autista incluída nas classes comuns de ensino regular, nos termos do inciso IV do art. 2º , terá direito a acompanhante especializado.

Art. 3º-A. É criada a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), com vistas a garantir atenção integral, pronto atendimento e prioridade no atendimento e no acesso aos serviços públicos e privados, em especial nas áreas de saúde, educação e assistência social. (Incluído pela Lei nº 13.977, de 2020)

§ 1º A Ciptea será expedida pelos órgãos responsáveis pela execução da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, mediante requerimento, acompanhado de relatório médico, com indicação do código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), e deverá conter, no mínimo, as seguintes informações: (Incluído pela Lei nº 13.977, de 2020)

I - nome completo, filiação, local e data de nascimento, número da carteira de identidade civil, número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), tipo sanguíneo, endereço residencial completo e número de telefone do identificado; (Incluído pela Lei nº 13.977, de 2020)

II - fotografia no formato 3 (três) centímetros (cm) x 4 (quatro) centímetros (cm) e assinatura ou impressão digital do identificado; (Incluído pela Lei nº 13.977, de 2020)

III - nome completo, documento de identificação, endereço residencial, telefone e e-mail do responsável legal ou do cuidador; (Incluído pela Lei nº 13.977, de 2020)

IV - identificação da unidade da Federação e do órgão expedidor e assinatura do dirigente responsável. (Incluído pela Lei nº 13.977, de 2020)

§ 2º Nos casos em que a pessoa com transtorno do espectro autista seja imigrante detentor de visto temporário ou de autorização de residência, residente fronteiriço ou solicitante de refúgio, deverá ser apresentada a Cédula de Identidade de Estrangeiro (CIE), a Carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM) ou o Documento Provisório de Registro Nacional Migratório (DPRNM), com validade em todo o território nacional. (Incluído pela Lei nº 13.977, de 2020)

§ 3º A Ciptea terá validade de 5 (cinco) anos, devendo ser mantidos atualizados os dados cadastrais do identificado, e deverá ser revalidada com o mesmo número, de modo a permitir a contagem das pessoas com transtorno do espectro autista em todo o território nacional. (Incluído pela Lei nº 13.977, de 2020)

§ 4º Até que seja implementado o disposto no **caput** deste artigo, os órgãos responsáveis pela execução da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista deverão trabalhar em conjunto com os respectivos responsáveis pela emissão de documentos de identificação, para que sejam incluídas as necessárias informações sobre o transtorno do espectro autista no Registro Geral (RG) ou, se estrangeiro, na Carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM) ou na Cédula de Identidade de Estrangeiro (CIE), válidos em todo o território nacional. (Incluído pela Lei nº 13.977, de 2020)

Art. 4º A pessoa com transtorno do espectro autista não será submetida a tratamento desumano ou degradante, não será privada de sua liberdade ou do convívio familiar nem sofrerá discriminação por motivo da deficiência.

Parágrafo único. Nos casos de necessidade de internação médica em unidades especializadas, observar-se-á o que dispõe o art. 4º da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

Art. 5º A pessoa com transtorno do espectro autista não será impedida de participar de planos privados de assistência à saúde em razão de sua condição de pessoa com deficiência, conforme dispõe o art. 14 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 6º (Vetado).

Art. 7º O gestor escolar, ou autoridade competente, que recusar a matrícula de aluno com transtorno do espectro autista, ou qualquer outro tipo de deficiência, será punido com multa de 3 (três) a 20 (vinte) salários-mínimos.

§ 1º Em caso de reincidência, apurada por processo administrativo, assegurado o contraditório e a ampla defesa, haverá a perda do cargo.

§ 2º (Vetado).

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 27 de dezembro de 2012; 191º da Independência e 124º da República.

DILMA ROUSSEFF
José Henrique Paim Fernandes
Miriam Belchior

DOU de 28.12.2012

1.10. Lei nº 12.845/2013 (Pessoas em situação de Violência Sexual - SUS)

Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.

Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social.

Art. 2º Considera-se violência sexual, para os efeitos desta Lei, qualquer forma de atividade sexual não consentida.

Art. 3º O atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, compreende os seguintes serviços:

I - diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas;

II - amparo médico, psicológico e social imediatos;

III - facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual;

IV - profilaxia da gravidez;

V - profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST;

VI - coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia;

VII - fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis.

§ 1º Os serviços de que trata esta Lei são prestados de forma gratuita aos que deles necessitarem.

§ 2º No tratamento das lesões, caberá ao médico preservar materiais que possam ser coletados no exame médico legal.

§ 3º Cabe ao órgão de medicina legal o exame de DNA para identificação do agressor.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor após decorridos 90 (noventa) dias de sua publicação oficial.

Brasília, 1º de agosto de 2013; 192º da Independência e 125º da República.

DILMA ROUSSEFF
José Eduardo Cardozo
Alexandre Rocha Santos Padilha
Eleonora Menicucci de Oliveira
Maria do Rosário Nunes

DOU de 2.8.2013

1.11. Lei nº 14.572/2023 (Política Nacional de Saúde Bucal - SUS)

Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023.

Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde Bucal, conjunto de diretrizes que configura modelo de organização e atuação direcionado à atenção à saúde bucal no País e que se constitui em instrumento para orientar as ações direcionadas à produção social da saúde bucal e, especificamente, as ações odontológicas em todos os níveis de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º São diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal:

I - estimular e promover a prática da gestão participativa, assegurando a atuação de representações populares e o controle público ou social, em todas as esferas de governo, na formulação e na discussão de estratégias de saúde bucal;

II - assegurar que toda e qualquer ação seja regida pelos princípios universais da ética em saúde;

III - possibilitar o acesso universal, equânime e contínuo a serviços de saúde bucal de qualidade, dando resolução para toda demanda manifesta, espontânea ou programada, e viabilizar a obtenção e alocação dos recursos destinados à eliminação da demanda reprimida na área;

IV - desenvolver ações considerando o princípio da integralidade em saúde, o qual deve compreender tanto as ações do âmbito intersetorial quanto as dimensões do indivíduo, do sistema de saúde e do cuidado em saúde, garantindo-se o acolhimento e a organização do serviço de saúde de forma usuário-centrado, realizados por equipe multiprofissional nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar;

V - efetivar relações de vínculo entre a equipe de saúde bucal e a população adstrita e garantir que as ações desenvolvidas estejam direcionadas às diferentes linhas do cuidado em saúde;

VI - desenvolver política de educação permanente em saúde para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação em nível técnico, de graduação e de pós-graduação, de modo a atender às necessidades da população e aos princípios do SUS;

VII - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e de programação;

VIII - organizar e manter ações de vigilância epidemiológica e sanitária em saúde bucal, articuladas com o sistema de vigilância em saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e de acompanhamento de danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença, com atuação intersetorial e ações sobre o território;

IX - realizar, periodicamente, pesquisas nacionais de saúde bucal, notadamente inquéritos populacionais epidemiológicos, possibilitando ao País dispor de dados atualizados sobre essa área e promover o desenvolvimento da ciência e tecnologia nesse campo;

X - implantar e manter ações de vigilância sanitária de fluoretação das águas de abastecimento público, obrigatória nos termos da Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974, bem como ações complementares nos locais em que se fizerem necessárias, e assegurar ao poder público controle sobre essas ações.

Art. 3º As ações e os serviços de saúde bucal devem integrar as demais políticas públicas de saúde, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS, com vistas à articulação de ações e à concretização de ações integrais de saúde que viabilizem intervenção sobre fatores comuns de risco.

Parágrafo único. As ações e os serviços referidos no **caput** deste artigo devem compor todas as redes de atenção à saúde, nos diversos níveis de complexidade, com a finalidade de garantir a integralidade da atenção à saúde.

Art. 4º A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 6º

I -
[...]
c) de saúde do trabalhador;
[...]
e) de saúde bucal;
[...]
§ 4º Entende-se por saúde bucal o conjunto articulado de ações, em todos os níveis de complexidade, que visem a garantir promoção, prevenção, recuperação e reabilitação odontológica, individual e coletiva, inseridas no contexto da integralidade da atenção à saúde." (NR)
"Art. 16. À direção nacional do SUS compete:
[...]
XX - definir as diretrizes e as normas para a estruturação física e organizacional dos serviços de saúde bucal. [...] " (NR)

"Art.17.
[...]
IV –
[...]
c) de alimentação e nutrição;

[...]
e) de saúde bucal; [...] " (NR)

"Art. 18. À direção municipal do SUS compete:
[...]
IV
[...]
d) de saneamento básico;

[...]
f) de saúde bucal;
[...] " (NR)

Art. 5º Esta Lei entra em vigor após decorridos 90 (noventa) dias de sua publicação oficial.

Brasília, 8 de maio de 2023; 202º da Independência e 135º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Maria Izolda Cela de Arruda Coelho
Nísia Verônica Trindade Lima

DOU de 9.5.2023

1.12. Lei nº 14.598/2023 (Realização de Exames em Gestantes)

Lei nº 14.598, de 14 de junho de 2023.

Dispõe sobre a realização de exames em gestantes.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A rede pública de saúde, observada a disponibilidade orçamentária, incluirá no protocolo de assistência às gestantes a realização dos seguintes procedimentos, nos termos do regulamento:

I - ecocardiograma fetal no pré-natal de gestantes;

II - pelo menos 2 (dois) exames de ultrassonografia transvaginal durante o primeiro quadrimestre de gestação.

Art. 2º Se constatada qualquer alteração que coloque em risco a gestação, o médico encaminhará a gestante para tratamento médico adequado a fim de salvaguardar a vida.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 14 de junho de 2023; 202º da Independência e 135º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Nísia Verônica Trindade Lima

DOU de 15.6.2023

1.13. Lei nº 14.648/2023 (Ozonioterapia no Território Nacional)

Lei nº 14.648, de 4 de agosto de 2023.

Autoriza a ozonioterapia no território nacional.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica autorizada a realização da ozonioterapia como procedimento de caráter complementar, observadasas seguintes condições:

I - a ozonioterapia somente poderá ser realizada por profissional de saúde de nível superior inscrito em seuconselho de fiscalização profissional;

II - a ozonioterapia somente poderá ser aplicada por meio de equipamento de produção de ozônio medicinaldevidamente regularizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ou órgão que a substitua;

III - o profissional responsável pela aplicação da ozonioterapia deverá informar ao paciente que o procedimentopossui caráter complementar.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 4 de agosto de 2023; 2020 da Independência e 1350 da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Flávio Dino de Castro e Costa

DOU de 7.8.2023

1.14. Lei nº 14.650/2023 (Dia Nacional da Diálise)

Lei nº 14.650, de 23 de agosto de 2023.

Institui o Dia Nacional da Diálise.

O VICE–PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no exercício do cargo de PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei institui o Dia Nacional da Diálise, a ser comemorado anualmente na última quinta-feira do mêsde agosto.

Art. 2º Na semana do Dia Nacional da Diálise serão promovidas ações para a conscientização sobre doençasrenais e prevenção de seu agravamento, fatores de risco, comorbidades e diálise, que poderão incluir:

I - realização de eventos, de seminários e de palestras;

II - divulgação na mídia;

III - promoção de debates com autoridades sanitárias, com profissionais de saúde e com a sociedade civil.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

Brasília, 23 de agosto de 2023; 2020 da Independência e 1350 da República.

GERALDO JOSÉ RODRIGUES ALCKMIN FILHO
Nísia Verônica Trindade Lima

DOU de 24.8.2023

1.15. Decreto nº 1.232/1994 (Repasse Regular e Automático - FNS)

Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994.

Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências.

O PRESIDENTE 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, de 19 de setembro de 1990, e na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

DECRETA:

Art. 1º Os recursos do Orçamento da Seguridade Social alocados ao Fundo Nacional de Saúde e destinados à cobertura dos serviços e ações de saúde a serem implementados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios serão a estes transferidos, obedecida a programação financeira do Tesouro Nacional, independentemente de convênio ou instrumento congênere e segundo critérios, valores e parâmetros de cobertura assistencial, de acordo com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e exigências contidas neste Decreto.

§ 1º Enquanto não forem estabelecidas, com base nas características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais previstas no art. 35 da Lei nº 8.080, de 1990, as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, a distribuição dos recursos será feita exclusivamente segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, segundo estimativas populacionais fornecidas pelo IBGE, obedecidas as exigências deste decreto.

§ 2º Fica estabelecido o prazo de 180 dias, a partir da data de publicação deste Decreto, para que o Ministério da Saúde defina as características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais referidas no parágrafo anterior.

Art. 2º A transferência de que trata o art. 1º fica condicionada à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, do qual conste a contrapartida de recursos no Orçamento do Estado, do Distrito Federal ou do Município.

§ 1º Os planos municipais de saúde serão consolidados na esfera regional e estadual e a transferência de recursos pelo Fundo Nacional de Saúde dos Municípios fica condicionada à indicação, pelas Comissões Bipartites da relação de Municípios que, além de cumprirem as exigências legais, participam dos projetos de regionalização e hierarquização aprovados naquelas comissões, assim como à compatibilização das necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos.

§ 2º O plano de saúde discriminará o percentual destinado pelo Estado e pelo Município, nos respectivos orçamentos, para financiamento de suas atividades e programas.

§ 3º O Ministério da Saúde definirá os critérios e as condições mínimas exigidas para aprovação dos planos de saúde do município.

Art. 3º Os recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde serão movimentados, em cada esfera de governo, sob a fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de Controle Interno do Poder Executivo e do Tribunal de Contas da União.

Art. 4º 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 da saúde.

Art. 5º O Ministério da Saúde, por intermédio dos órgãos do Sistema Nacional de Auditoria e com base nos relatórios de gestão encaminhados pelos Estados, Distritos Federal e Municípios, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos à programação dos serviços e ações constantes dos planos de saúde.

Art. 6º A descentralização dos serviços de saúde para os Municípios e a regionalização da rede de serviços assistenciais serão promovidas e concretizadas com a cooperação técnica da União, tendo em vista o direito de acesso da população aos serviços de saúde, a integralidade da assistência e à igualdade do atendimento.

Art. 7º A cooperação técnica da União com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, previstas no art. 16, inciso XIII, da Lei Orgânica da Saúde, e no art. 30, inciso VII, da Constituição Federal, será exercida com base na função coordenadora da direção nacional do Sistema Único de Saúde, tendo em vista a realização das metas do Sistema e a redução das desigualdades sociais e regionais.

Art. 8º A União, por intermédio da direção nacional do SUS, incentivará os Estados, o Distrito Federal e os Municípios a adotarem política de recursos humanos caracterizada pelos elementos essenciais de motivação do pessoal da área da saúde, de sua valorização profissional e de remuneração adequada.

Art. 9º A União, por intermédio da direção nacional do SUS, sem prejuízo da atuação do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal, exercerá o controle finalístico global do Sistema Único de Saúde, utilizando-se, nesse sentido, dos instrumentos de coordenação de atividades e de avaliação de resultados, em âmbito nacional, previstos na Lei Orgânica da Saúde e explicitados neste Decreto.

Art. 10. O atendimento de qualquer natureza na área do Sistema Único de Saúde, quando prestado a paciente que seja beneficiário de plano de saúde, deverá ser ressarcido pela entidade mantenedora do respectivo plano.

Art. 11. O Ministério da Saúde, por intermédio de seus órgãos competentes, adotará as medidas administrativas destinadas à operacionalização do disposto neste Decreto.

Art. 12. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 30 de agosto de 1994; 173º da Independência e 106º da República.

ITAMAR FRANCO
Henrique Santillo

DOU de 31.8.1994

1.16. Decreto nº 1.651/1995 (Sistema Nacional de Auditoria - SUS)

Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995.

Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O Presidente da República, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, com fundamento nos artigos 15, inciso I, 16, inciso XIX, e 33, § 4º, da Lei nº 8.880, de 19 de setembro de 1990, e no artigo 6º da Lei 8.689, de 27 de julho de 1993,

DECRETA:

Art. 1º O Sistema Nacional de Auditoria - SNA, previsto no art. 16, inciso XIX, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no art. 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, é organizado na forma deste Decreto, junto à direção do Sistema Único de Saúde - SUS, em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.

Art. 2º O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:

I - controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;

II - avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência eficácia e efetividade;

III - auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

Parágrafo único. Sem embargo das medidas corretivas, as conclusões obtidas com o exercício das atividades definidas neste artigo serão consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde.

Art. 3º Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, o SNA, nos seus diferentes níveis de competência, procederá:

I - à análise:

a) do contexto normativo referente ao SUS;

b) de planos de saúde, de programações e de relatórios de gestão;

c) dos sistemas de controle, avaliação e auditoria;

d) de sistemas de informação ambulatorial e hospitalar;

e) de indicadores de morbi-mortalidade;

f) de instrumentos e critérios de acreditação, credenciamento e cadastramento de serviços;

g) da conformidade dos procedimentos dos cadastros e das centrais de internação;

h) do desempenho da rede de serviços de saúde;

i) dos mecanismos de hierarquização, referência e contra-referência da rede de serviços de saúde;

j) dos serviços de saúde prestados, inclusive por instituições privadas, conveniadas ou contratadas;

l) de prontuários de atendimento individual e demais instrumentos produzidos pelos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares;

II - à verificação:

a) de autorizações de internações e de atendimentos ambulatoriais;

b) de tetos financeiros e de procedimentos de alto custo;

III - ao encaminhamento de relatórios específicos aos órgãos de controle interno e externo, em caso de irregularidade sujeita a sua apreciação; ao Ministério Público, se verificada a prática de crime; e ao chefe do órgão em que tiver ocorrido infração disciplinar, praticada por servidor público, que afete as ações e serviços de saúde.

Art. 4º O SNA compreende os órgãos que forem instituídos em cada nível de governo, sob a supervisão da respectiva direção do SUS.

§ 1º O Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria - DCAA, criado pelo § 4º do art. 6º da Lei nº 8.689, de 1993, é o órgão de atuação do SNA, no plano federal.

§ 2º Designada pelo Ministro de Estado da Saúde, para funcionar junto ao DCAA, integra, ainda, o SNA uma Comissão Corregedora Tripartite, representativa do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e

da direção nacional do SUS, que indicarão, cada qual, três membros para compô-la.

§ 3º A estrutura e o funcionamento do SNA, no plano federal, são indicativos da organização a ser observada por Estados, Distrito Federal e Municípios para a consecução dos mesmos objetivos no âmbito de suas respectivas atuações.

Art. 5º Observadas a Constituição Federal, as Constituições dos Estados-Membros e as Leis Orgânicas do Distrito Federal e dos Municípios, compete ao SNA verificar, por intermédio dos órgãos que o integram:

I - no plano federal:

a) a aplicação dos recursos transferidos aos Estados e Municípios mediante análise dos relatórios de gestão de que tratam o art. 4º, inciso IV, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e o art. 5º do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994;

b) as ações e serviços de saúde de abrangência nacional em conformidade com a política nacional de saúde;

c) os serviços de saúde sob sua gestão;

d) os sistemas estaduais de saúde;

e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelo órgão estadual de controle, avaliação e auditoria;

II - no plano estadual:

a) a aplicação dos recursos estaduais repassados aos Municípios. de conformidade com a legislação específica de cada unidade federada;

b) as ações e serviços previstos no plano estadual de saúde;

c) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados;

d) os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde;

e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria;

III - no plano municipal:

a) as ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde;

b) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados e conveniados;

c) as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual esteja o Município associado.

§ 1º À Comissão Corregedora Tripartite caberá:

I - velar pelo funcionamento harmônico e ordenado do SNA;

II - identificar distorções no SNA e propor à direção correspondente do SUS a sua correção;

III - resolver os impasses surgidos no âmbito do SNA;

IV - requerer dos órgãos competentes providências para a apuração de denúncias de irregularidades, que julgue procedentes;

V - aprovar a realização de atividades de controle, avaliação e auditoria pelo nível federal ou estadual do SNA, conforme o caso, em Estados ou Municípios, quando o órgão a cargo do qual estiverem afetas mostrar-se omisso ou sem condições de executá-las.

§ 2º OS membros do Conselho Nacional de Saúde poderão ter acesso aos trabalhos desenvolvidos pela Comissão Corregedora Tripartite, sem participação de caráter deliberativo.

Art. 6º A comprovação da aplicação de recursos transferidos aos Estados e aos Municípios far-se-á:

I - para o Ministério da Saúde, mediante:

a) prestação de contas e relatório de gestão, se vinculados a convênio, acordo, ajuste ou outro instrumento congênere, celebrados para a execução de programas e projetos específicos;

b) relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, se repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde;

II - para o Tribunal de Contas. a que estiver jurisdicionado o órgão executor, no caso da alínea b do inciso anterior, ou se destinados a pagamento contra a apresentação de fatura pela execução, em unidades próprias ou em instituições privadas, de ações e serviços de saúde. remunerados de acordo com os valores de procedimentos fixados em tabela aprovada pela respectiva direção do SUS, de acordo com as normas estabelecidas.

§ 1º O relatório de gestão de que trata a alínea b do inciso I deste artigo será também encaminhado pelos Municípios ao respectivo Estado.

§ 2º O relatório de gestão do Ministério da Saúde será submetido ao Conselho Nacional de Saúde, acompanhado dos relatórios previstos na alínea b do inciso I deste artigo.

§ 3º O relatório de gestão compõe-se dos seguintes elementos:

I - programação e execução física e financeira do orçamento, de projetos, de planos e de atividades;

II - comprovação dos resultados alcançados quanto à execução do plano de saúde de que trata o inciso III do art. 4º da Lei nº 8 142, de 1990;

III - demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor saúde, bem como das transferências recebidas de outras instâncias do SUS;

IV - documentos adicionais avaliados nos órgãos colegiados de deliberação própria do SUS.

Art. 7º Os órgãos do SNA exercerão atividades de controle, avaliação e auditoria nas entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, com as quais a respectiva direção do SUS tiver celebrado contrato ou convênio para realização de serviços de assistência à saúde.

Art. 8º É vedado aos dirigentes e servidores dos órgãos que compõem o SNA e aos membros das Comissões Corregedoras serem proprietário, dirigente, acionista ou sócio quotista de entidades que prestem serviços de saúde no âmbito do SUS.

Art. 9º A direção do SUS em cada nível de governo apresentará, trimestralmente, ao Conselho de Saúde correspondente e em audiência pública, nas Câmaras de Vereadores e nas Assembleias Legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.

Art. 10. Em caso de qualquer irregularidade, assegurado o direito de defesa, o órgão competente do SNA encaminhará, segundo a forma de transferência do recurso prevista no art. 6º, relatório ao respectivo Conselho de Saúde e ao DCAA, sem prejuízo de outras providências previstas nas normas do Estado ou Município.

Art. 11. Os órgãos do SUS e as entidades privadas, que dele participarem de forma complementar, ficam obrigados a prestar, quando exigida, ao pessoal em exercício no SNA e à Comissão Corregedor, toda informação necessária ao desempenho das atividades de controle, avaliação e auditoria, facilitando-lhes o acesso a documentos, pessoas e instalações.

Art. 12. Os Conselhos de Saúde, por maioria de seus membros, poderão, motivadamente, recomendar, à discrição dos órgãos integrantes do SNA e da Comissão Corregedora Tripartite, a realização de auditorias e avaliações especiais.

Art. 13. O DCAA integrará a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art. 14. Fica o Ministro de Estado da Saúde autorizado a expedir normas complementares a este Decreto.

Art. 15. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 16. Revoga-se o Decreto nº 1.105, de 6 de abril de 1994.

Brasília, 28 de setembro de 1995; 174º da Independência e 107º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Adib Jatene

DOU - Seção 1 de 29.09.1995

1.17. Decreto nº 3.964/2001 (Fundo Nacional de Saúde)

Decreto nº 3.964, de 10 de outubro de 2001.

Dispõe sobre o Fundo Nacional de Saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea "a", da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998,

DECRETA:

Art. 1º O Fundo Nacional de Saúde - FNS, instituído pelo Decreto nº 64.867, de 24 de julho de 1969, reorganizado pelo Decreto nº 806, de 24 de abril de 1993, e reestruturado pelo Decreto nº 3.774, de 15 de março de 2001, é organizado de acordo com as diretrizes e

objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS, nos termos deste Decreto.

Art. 2º Constituem recursos do FNS:

I - os consignados, a seu favor, no Orçamento da Seguridade Social, de acordo com o disposto no art. 34 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para o atendimento das despesas e transferências referidas no art. 2º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

II - os consignados, a seu favor, no Orçamento Fiscal da União;

III - os decorrentes de créditos adicionais;

IV - os provenientes de dotações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica, de financiamento e de empréstimo;

V - os provenientes do seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, de que trata o parágrafo único do art. 27 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991;

VI - os resultantes de aplicação financeira na forma da legislação vigente;

VII - os decorrentes de ressarcimento de recursos realizados por pessoas físicas e jurídicas originários da prestação de contas, do acompanhamento ou das ações de auditorias previstas no § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 1990;

VIII - as receitas provenientes de parcelamentos de débitos apurados em prestação de contas de convênios, ou derivadas do acompanhamento, de auditorias e de financiamentos relacionados com as ações e os serviços de saúde;

IX - os créditos provenientes dos agentes ou das entidades integrantes do SUS, bem como aqueles resultantes de transações financeiras e comerciais;

X - as receitas provenientes do ressarcimento previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

XI - os obtidos por intermédio de operações de crédito;

XII - as receitas provenientes da execução de seus créditos;

XIII - os saldos positivos apurados em balanço transferidos para o exercício seguinte;

XIV - as rendas e receitas eventuais que lhe venham a ser destinadas; e

XV - os de outras fontes, de acordo com o art. 32 da Lei nº 8.080, de 1990.

Art. 3º Os recursos do FNS, observado o disposto no art. 2º da Lei nº 8.142, de 1990, destinam-se a prover:

I - despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e suas entidades, da administração direta e indireta, integrantes do SUS;

II - transferências para a cobertura de ações e serviços de saúde destinadas a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial e hospitalar e às demais ações de saúde do SUS a serem executados de forma descentralizada pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;

III - financiamentos destinados à melhoria da capacidade instalada de unidades e serviços de saúde do SUS;

IV - investimentos previstos no plano plurianual do Ministério da Saúde e na Lei Orçamentária Anual;

V - outras despesas autorizadas pela Lei Orçamentária Anual.

Art. 4º A administração dos recursos do FNS é exercida pelo seu Diretor-Executivo, sob a orientação e supervisão direta do Secretário-Executivo do Ministério da Saúde.

Art. 5º Ao Diretor-Executivo do FNS compete:

I - planejar, coordenar, orientar e supervisionar a execução das atividades da Diretoria-Executiva do FNS, inclusive das unidades de convênios e gestão do Ministério da Saúde nas unidades federadas;

II - ordenar o desenvolvimento das ações da Diretoria-Executiva do FNS, mediante a expedição de atos;

III - com vistas à destinação de recursos para aplicação em ações e serviços de saúde vinculados ao SUS, movimentar as contas do FNS para:

a) despesas correntes e de capital da administração direta e indireta do Ministério da Saúde por meio de repasses financeiros, na forma prevista no art. 2º da Lei nº 8.142, de 1990; e

b) despesas correntes e de capital de outras entidades públicas federais, por meio de portaria ou instrumento similar, para aplicação em ações e serviços de saúde vinculados ao SUS;

IV - praticar os atos de gestão orçamentária e financeira e contábil relativos ao orçamento do FNS;

V - exercer a prerrogativa de ordenador de despesas da unidade gestora do FNS e, por subdelegação de competência, das demais unidades gestoras;

VI - zelar, no que lhe couber, pela regularidade e exatidão das transferências de recursos do FNS para os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e para outras entidades e profissionais conveniados, credenciados ou contratados junto ao SUS;

VII - fornecer às autoridades do SUS nas três esferas de governo e aos Conselhos de Saúde os elementos e as informações que lhe forem requeridos, além de criar mecanismos para disponibilizar informações para toda a sociedade, relativos aos custeios, investimentos e financiamentos de programas e projetos do Ministério da Saúde;

VIII - apresentar, trimestralmente, à Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, proposta de programação financeira destinada a atender o disposto no art. 3º deste Decreto;

IX - elaborar e apresentar relatórios, balancetes, balanços e prestações de contas aos órgãos de controle interno e externo, nos termos da legislação pertinente;

X - conceder, na fase administrativa, os parcelamentos de débitos;

XI - conceder os financiamentos de que trata o inciso III do art. 3º deste Decreto; e

XII - praticar outros atos relativos à gestão orçamentária, financeira e contábil previstos em legislação específica.

Art. 6º A gestão dos recursos do FNS observará o Plano Nacional de Saúde e o Plano Plurianual do Ministério da Saúde, nos termos das leis definidoras dos orçamentos anuais, das diretrizes orçamentárias e dos planos plurianuais.

Art. 7º Ao FNS incumbe a provisão de recursos aos entes administrativos do Ministério da Saúde encarregados da execução e implementação das atribuições e competências relacionadas nos arts. 15 e 16 da Lei nº 8.080, de 1990.

Art. 8º Sem prejuízo das competências dos órgãos de controle externo e interno e do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, no âmbito federal, o FNS procederá ao acompanhamento, ao controle e à avaliação de todos os recursos a ele alocados, considerando os seus aspectos técnicos-científicos, contábeis, financeiros e patrimoniais.

Art. 9º O FNS, como unidade de orçamento, finanças e contábil do SUS, integra os órgãos setoriais de que trata o inciso II do art. 4º da Lei nº 10.180, de 6 de fevereiro de 2001.

Parágrafo único. Aplica-se ao FNS o disposto no art. 6º da Lei nº 10.180, de 2001.

Art. 10. O FNS, como unidade de acompanhamento, fiscalização, controle e avaliação dos recursos transferidos ao SUS, integra o Sistema Nacional de Controle e Avaliação do Ministério da Saúde.

Art. 11. O regimento interno do FNS será elaborado pelo Diretor-Executivo e submetido à Secretaria-Executiva para aprovação do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 12. O Ministro de Estado da Saúde promoverá, junto aos Ministérios responsáveis pela arrecadação e distribuição da receita da Seguridade Social e no âmbito do Ministério da Saúde, as medidas necessárias para a efetiva e pronta transferência ao FNS dos recursos que lhes são destinados.

Art. 13. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 14. Fica revogado o Decreto nº 806, de 24 de abril de 1993.

Brasília, 10 de outubro de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Serra

DOU de 11.10.2001

1.18. Decreto nº 5.839/2006 (CNS - Organização, Atribuições e Processo Eleitoral)

Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006.

Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea "a", da Constituição, e tendo em vista o disposto nos arts. 11 e 12 do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, e no art. 57 da Lei nº 8.028, de 12 de abril de 1990,

DECRETA:

Art. 1º O Conselho Nacional de Saúde - CNS, órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, é composto por representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, cujas decisões, consubstanciadas em resoluções, são homologadas pelo Ministro de Estado da Saúde.

Art. 2º Ao CNS compete:

I - atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros;

II - estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;

III - elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, consignados ao Sistema Único de Saúde - SUS;

IV - aprovar os critérios e os valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura de assistência;

V - propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais;

VI - acompanhar e controlar a atuação do setor privado da área da saúde, credenciado mediante contrato ou convênio;

VII - acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sócio-cultural do País; e

VIII - articular-se com o Ministério da Educação quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área de saúde, no que concerne à caracterização das necessidades sociais.

Art. 3º O CNS é composto por quarenta e oito membros titulares, sendo:

I - cinqüenta por cento de representantes de entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS; e

II - cinqüenta por cento de representantes de entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde, de representantes do governo, de entidades de prestadores de serviços de saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e de entidades empresariais com atividade na área de saúde.

§ 1º O percentual de que trata o inciso II do **caput** deste artigo observará a seguinte composição:

I - vinte e cinco por cento de representantes de entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde;

II - vinte e cinco por cento de representantes distribuídos da seguinte forma:

a) seis membros representantes do Governo Federal;

b) um membro representante do CONASS;

c) um membro representante do CONASEMS;

d) dois membros representantes de entidades de prestadores de serviços de saúde; e

e) dois membros representantes de entidades empresariais com atividades na área de saúde.

§ 2º Os representantes de que tratam as alíneas "b" a "e" do inciso II do § 1º serão indicados respectivamente pelos presidentes das entidades representadas.

§ 3º Os membros titulares terão primeiros e segundos suplentes, indicados na forma do regimento interno.

Art. 4º A escolha das entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS, das entidades de profissionais de saúde e da comunidade científica da área de saúde, das entidades de prestadores de serviços de saúde e

das entidades empresariais com atividades na área de saúde que indicarão seus representantes para compor o CNS, será feita por meio de processo eleitoral, a ser realizado a cada três anos, contados a partir da primeira eleição.

Parágrafo único. Somente poderão participar do processo eleitoral, como eleitor ou candidato, as entidades de que tratam os incisos I a IV do art. 5º, que tenham, no mínimo, dois anos de comprovada existência.

Art. 5º Para efeito de aplicação deste Decreto, definem-se como:

I - entidades e movimentos sociais nacionais de usuários do SUS – aqueles que tenham atuação e representação em, pelo menos, um terço das unidades da Federação e três regiões geográficas do País;

II - entidades nacionais de profissionais de saúde, incluindo a comunidade científica - aquelas que tenham atuação e representação em, pelo menos, um terço das unidades da Federação e três regiões geográficas do País, vedada a participação de entidades de representantes de especialidades profissionais;

III - entidades nacionais de prestadores de serviços de saúde - aquelas que congreguem hospitais, estabelecimentos e serviços de saúde privados, com ou sem fins lucrativos, e que tenham atuação e representação em, pelo menos, um terço das unidades da Federação e três regiões geográficas do País; e

IV - entidades nacionais empresariais com atividades na área da saúde - as confederações nacionais da indústria, do comércio, da agricultura e do transporte que tenham atuação e representação em, pelo menos, um terço das unidades da Federação e três regiões geográficas do País.

Parágrafo único. Consideram-se colaboradores do CNS as universidades e as demais entidades de âmbito nacional, representativas de profissionais e usuários de serviços de saúde.

Art. 6º O Presidente do CNS será eleito, entre os conselheiros titulares, em escrutínio secreto, na reunião em que tomarem posse os novos membros, votantes somente os membros titulares.

Art. 7º O mandato dos membros do CNS será de três anos, permitida apenas uma recondução.

Parágrafo único. A recondução de que trata este artigo somente se aplica aos membros das entidades e dos movimentos sociais eleitos cujas entidades tiverem sido reeleitas.

Art. 8º O processo eleitoral a que se refere o art. 4º, para a escolha das entidades que indicarão representantes em substituição aos atuais membros do CNS, será realizado em até noventa dias, contados da publicação deste Decreto, em conformidade com o regimento eleitoral a ser aprovado pelo plenário do CNS, homologado pelo Ministro de Estado da Saúde e publicado no Diário Oficial da União em forma de resolução.

Parágrafo único. Concluída a eleição referida no **caput** e designados os novos representantes do CNS, caberá ao Ministro de Estado da Saúde convocar e presidir a reunião em que tomarão posse os conselheiros e em que se realizará a eleição do Presidente do Conselho.

Art. 9º Fica delegada competência ao Ministro de Estado da Saúde para designar os representantes do Governo Federal, do CONASS, do CONASEMS, das entidades e dos movimentos sociais eleitos, observadas as indicações de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 3º e o resultado do processo eleitoral previsto no art. 4º.

Art. 10. As funções de membro do CNS não serão remuneradas, considerando-se o seu exercício relevante serviço público.

Parágrafo único. Para fins de justificativa junto aos órgãos competentes, o CNS poderá emitir declaração de participação de seus membros durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas.

Art. 11. A organização e o funcionamento do CNS serão disciplinados em regimento interno, aprovado pelo plenário e homologado pelo Ministro de Estado da Saúde.

Art. 12. O CNS poderá convidar entidades, autoridades, cientistas e técnicos nacionais ou estrangeiros, para colaborarem em estudos ou participarem de comissões instituídas no âmbito do CNS, sob a coordenação de um de seus membros.

§ 1º O Conselho poderá constituir comissões com a finalidade de promover estudos com vistas à compatibilização de políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, especialmente nas áreas de:

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. 13. Serão criadas comissões de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e a educação permanente dos recursos humanos do SUS, bem assim em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14. O mandato dos atuais integrantes do CNS encerrar-se-á com a posse dos novos conselheiros.

Art. 15. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 16. Ficam revogados os Decretos nºs 99.438, de 7 de agosto de 1990, 4.878, de 18 de novembro de 2003, 5.485, de 4 de julho de 2005, e 5.692, de 7 de fevereiro de 2006.

Brasília, 11 de julho de 2006; 185º da Independência e 118º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Jose Agenor Álvares da Silva

DOU de 12.7.2006

1.19. Decreto nº 7.507/2011 (Movimentação de Recursos Federais transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios)

Decreto nº 7.507, de 27 de junho de 2011.

Dispõe sobre a movimentação de recursos federais transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, em decorrência das leis citadas.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea "a" da Constituição, e tendo em vista o disposto nos arts. 5º , 68, 71 a 74 da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, 10, 80, § 1º , 84, 90 e 93 do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, 48 a 49 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, 111, § 4º , da Lei nº 12.309, de 9 de agosto de 2010, e 45 a 47, 76 e 77 do Decreto nº 93.872, de 23 de dezembro de 1986,

DECRETA:

Art. 1º Este Decreto disciplina a movimentação financeira dos recursos transferidos por órgãos e entidades da administração pública federal aos Estados, Distrito Federal e Municípios, em decorrência das seguintes Leis:

I - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

II - Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

III - Lei nº 10.880, de 9 de junho de 2004;

IV - Lei nº 11.494, de 20 de junho de 2007;

V - Lei nº 11.692, de 10 de junho de 2008; e

VI - Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009.

Parágrafo único. A movimentação financeira dos recursos tansferidos pela União, no âmbito do Plano Especial de Recuperação da Rede Física Escolar Pública, e aqueles transferidos aos Municípios e ao Distrito Federal com a finalidade de prestar apoio financeiro à manutenção de novos estabelecimentos públicos de educação infantil deve observar o disposto neste Decreto.

Art. 2º Os recursos de que trata este Decreto serão depositados e mantidos em conta específica aberta para este fim em instituições financeiras oficiais federais.

§ 1º A movimentação dos recursos será realizada exclusivamente por meio eletrônico, mediante crédito em conta corrente de titularidade dos fornecedores e prestadores de serviços devidamente identificados.

§ 2º Excepcionalmente, mediante justificativa circunstanciada, poderão ser realizados saques para pagamento em dinheiro a pessoas físicas que não possuam conta bancária ou saques para atender a despesas de pequeno vulto, adotando-se, em ambas hipóteses, mecanismos que permitam a identificação do beneficiário final, devendo as informações sobre tais pagamentos constar em item específico da prestação de contas.

§ 3º Os saques em dinheiro para pagamento de despesas de pequeno vulto ficam limitados ao montante total de 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.

§ 4º O valor unitário de cada pagamento feito com o montante total sacado, na forma do § 3º , não poderá ultrapassar o limite de 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.

§ 5º Ato do Ministro de Estado responsável pelas respectivas transferências estabelecerá as condições e circunstâncias em que se admitirá a excepcionalidade prevista no § 2º , observado o disposto nos §§ 3º e 4º .

Art. 3º Em cumprimento às disposições dos arts. 48 a 49 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, e observado o disposto no art. 76 do Decreto nº 93.872, de 23 de dezembro de 1986, as informações relativas ao uso dos recursos transferidos na forma deste Decreto serão objeto de ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

Art. 4º O agente que der causa ao descumprimento do disposto neste Decreto será responsabilizado nos termos da legislação aplicável.

Art. 5º Este Decreto entra em vigor sessenta dias após a data de sua publicação.

Brasília, 27 de junho de 2011; 190º da Independência e 123º da República.

DILMA ROUSSEFF
Fernando Haddad
Alexandre Rocha Santos
Iraneth Rodrigues Monteiro
Jorge Hage Sobrinho

DOU de 28.6.2011

1.20. Decreto nº 7.508/2011 (Regulamenta a Lei nº 8.080/1990)

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. O Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações: (Redação dada pelo Decreto nº 11.161, de 2022)

I - da RENAME, a cada dois anos, e disponibilizará, nesse prazo, a lista de tecnologias incorporadas, excluídas e alteradas pela CONITEC e com a responsabilidade de financiamento pactuada de forma tripartite, até que haja a consolidação da referida lista; (Incluído pelo Decreto nº 11.161, de 2022)

II - do FTN, à medida que sejam identificadas novas evidências sobre as tecnologias constantes na RENAME vigente; e (Incluído pelo Decreto nº 11.161, de 2022)

III - de protocolos clínicos ou de diretrizes terapêuticas, quando da incorporação, alteração ou exclusão de tecnologias em saúde no SUS e da existência de novos estudos e evidências científicas identificados a partir de revisões periódicas da literatura relacionada aos seus objetos. (Incluído pelo Decreto nº 11.161, de 2022)

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

DOU de 29.6.2011

1.21. Decreto nº 7.827/2012 (SIOPS)

Decreto n.º 7.827, de 16 de outubro de 2012.

Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, **caput,** incisos IV e VI, alínea "a", da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012,

DECRETA:

Art. 1º Este Decreto regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do **caput** do art. 158, as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

CAPÍTULO I
DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE

Art. 2º O Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS é o sistema informatizado de acesso público, gerido pelo Ministério da Saúde, para o registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Art. 3º O SIOPS será estruturado pelo Ministério da Saúde, observados os seguintes requisitos mínimos:

I - registro obrigatório e atualização permanente dos dados no Sistema pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios;

II - informatização dos processos de declaração, armazenamento e exportação dos dados;

III - disponibilização do programa de declaração aos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público;

IV - cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos na Lei Complementar nº 141, de 2012, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;

V - previsão de módulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde para emissão do parecer prévio divulgado nos termos do art. 48 e art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS; e

VI - integração das informações do SIOPS, por meio de processamento automático, ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle do cumprimento do disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição e no art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 2000.

Art. 4º O gestor do SUS de cada ente da Federação será responsável pelo registro dos dados no SIOPS nos prazos definidos pelo Ministério da Saúde, e pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais será conferida fé pública para os fins previstos na Lei Complementar nº 141, de 2012.

Art. 5º O Ministério da Saúde estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do SIOPS e os prazos para o registro e homologação das informações no Sistema, conforme pactuado entre os gestores do SUS, observado o disposto no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 2000.

Art. 6º Os resultados do monitoramento e avaliação previstos neste Capítulo serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão os relatórios de gestão dos entes federativos, conforme o disposto no inciso IV do **caput** do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

CAPÍTULO II
DA VERIFICAÇÃO DA APLICAÇÃO DOS PERCENTUAIS MÍNIMOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Art. 7º Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e dos Tribunais de Contas, a verificação do cumprimento de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde pelos entes federativos, para fins de condicionamento das transferências constitucionais e suspensão das transferências voluntárias, em cumprimento ao disposto no § 1º do art. 26 da Lei Complementar nº 141, de 2012, será realizada por meio das informações homologadas no SIOPS.

Parágrafo único. A ausência de homologação das informações de que trata o **caput** no prazo de até trinta dias após o encerramento do último bimestre de cada exercício será considerada, para todos os fins, presunção de descumprimento de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 8º O cumprimento ou o descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde será informado ao Ministério da Fazenda, por meio de processamento automático das informações homologadas no SIOPS ao:

I - serviço auxiliar de informações para transferências voluntárias, ou outro que venha a substituí-lo; e

II - agente financeiro responsável pela operacionalização das transferências constitucionais da União aos demais entes federativos, para fins de condicionamento das transferências constitucionais de que tratam o art. 158, caput, inciso II, e o art. 159, caput, inciso I, alíneas "a" e "b", e inciso II, da Constituição.

§ 1º O SIOPS enviará diariamente, por via eletrônica, ao serviço auxiliar de informações para transferências voluntárias a que se refere o inciso I do **caput** a relação dos entes da Federação que não aplicaram os percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde fixados nos arts. 6º e 8º da Lei Complementar nº 141, de 2012, ou que se enquadrem na situação descrita no parágrafo único do art. 7º deste Decreto.

§ 2º O SIOPS enviará ao agente financeiro responsável pela operacionalização das transferências constitucionais da União para os demais entes federativos, por meio eletrônico, no mínimo, as seguintes informações:

I - valor em moeda corrente que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde pelo ente federativo em exercício anterior, em descumprimento à exigência de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde;

II - número da conta corrente e domicílio bancário do Fundo de Saúde do ente federativo; e

III - relação dos entes federativos que não apresentaram informações homologadas no SIOPS no prazo de trinta dias após o encerramento do último bimestre de cada exercício, conforme disposto no parágrafo único do art. 7º .

§ 3º As informações de que trata o § 2º serão enviadas até o quinto dia útil:

I - do decurso do prazo para publicação do demonstrativo das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde do Relatório Resumido de Execução Orçamentária - RREO;

II - da retificação de informações nos módulos específicos disponibilizados pelo SIOPS, em caso de alteração na verificação do descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde; e

III - do depósito do montante não aplicado em ações e serviços públicos de saúde a que se refere o art. 15 pelo Estado no Fundo de Saúde Municipal.

CAPÍTULO III
DA VERIFICAÇÃO DA APLICAÇÃO EFETIVA DO MONTANTE QUE DEIXOU DE SER APLICADO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM EXERCÍCIOS ANTERIORES

Art. 9º Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e dos Tribunais de Contas, a verificação da aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores, para fins de suspensão das transferências constitucionais, em cumprimento ao disposto no **caput** do art. 26 da Lei Complementar nº 141,

de 2012, será realizada por meio das informações homologadas no SIOPS.

Art. 10. O descumprimento da aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores será informado ao Ministério da Fazenda, por meio de processamento automático das informações homologadas no SIOPS ao agente financeiro responsável pela operacionalização das transferências constitucionais da União aos demais entes federativos, para fins de suspensão das transferências constitucionais de que trata a Subseção II da Seção I do Capítulo IV.

§ 1º O SIOPS enviará ao agente financeiro responsável pela operacionalização das transferências constitucionais da União, por meio eletrônico, a relação dos entes federativos que não comprovaram a aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores.

§ 2º As informações a que se refere o § 1º serão enviadas até o quinto dia útil:

I - do decurso do prazo para publicação do demonstrativo das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde do RREO imediatamente posterior aos doze meses contados da data em que ocorrer o primeiro depósito; e

II - da retificação de informações nos módulos específicos disponibilizados pelo SIOPS, em caso de alteração na verificação da aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores.

CAPÍTULO IV
DO CONDICIONAMENTO DAS TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E DA SUSPENSÃO DAS TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS

Art. 11. Em caso de verificação de descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde e de não aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores, na forma dos arts. 7º a 10, a União:

I - condicionará o repasse de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, da Constituição, após processadas as retenções, destinações, deduções e bloqueio de seu interesse; e

II - suspenderá as transferências voluntárias.

SEÇÃO I
DO CONDICIONAMENTO DAS TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS

Art. 12. O condicionamento das transferências constitucionais de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, da Constituição ocorrerá por meio de:

I - medida preliminar de direcionamento das transferências constitucionais para a conta vinculada ao Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário; ou

II - suspensão das transferências constitucionais.

SUBSEÇÃO I
DA MEDIDA PRELIMINAR DE DIRECIONAMENTO DAS TRANSFERÊNCIAS PARA A CONTA VINCULADA AO FUNDO DE SAÚDE

Art. 13. O direcionamento das transferências de que trata o art. 12 para a conta vinculada ao Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário ocorrerá quando as informações homologadas no SIOPS indicarem o descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde no exercício anterior.

§ 1º O direcionamento previsto no **caput** corresponderá ao montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício anterior.

§ 2º Para a preservação do cumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em saúde no exercício corrente, os depósitos em conta vinculada ao Fundo de Saúde não poderão superar:

I - doze por cento dos repasses decendiais, no caso de Estados e Distrito Federal; e

II - quinze por cento dos repasses decendiais, no caso de Municípios.

§ 3º O direcionamento previsto no **caput** será encerrado caso comprovado o depósito na conta vinculada ao Fundo de Saúde da integralidade do montante necessário ao cumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde no exercício anterior, sem prejuízo do

cumprimento do limite relativo ao exercício financeiro corrente.

§ 4º Verificado o depósito na conta vinculada do Fundo de Saúde de valor superior ao necessário, em decorrência de procedimento de retificação ou do procedimento previsto no art. 15, os recursos permanecerão depositados a título de antecipação do montante a ser aplicado no exercício corrente.

§ 5º Não será aplicada a medida preliminar prevista no **caput** na hipótese de não declaração e homologação das informações no SIOPS.

Art. 14. O agente financeiro da União enviará ao SIOPS arquivo eletrônico contendo informação do valor em moeda corrente depositado na conta corrente do Fundo de Saúde do ente federativo até o quinto dia útil após a efetivação do direcionamento das transferências de que trata o inciso I do **caput** do art. 12, ao qual será permitido acesso público.

Art. 15. A limitação do direcionamento das transferências de que trata o inciso I do **caput** do art. 12 ao montante não aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício anterior para os Municípios considerará as restrições efetivadas pela União e pelos Estados.

Parágrafo único. A atuação complementar e interativa da União e dos Estados na aplicação do direcionamento a que se refere o inciso I do **caput** do art. 12 será viabilizada por meio de:

I - consulta ao SIOPS, pelo Estado em cujo território se localize o Município, do valor em moeda corrente depositado pelo agente financeiro da União na conta corrente do Fundo de Saúde; e

II - registro no SIOPS, pelo Estado em cujo território se localize o Município, do valor em moeda corrente pelo Estado depositado na conta corrente do Fundo de Saúde.

SUBSEÇÃO II
DA SUSPENSÃO DAS TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS

Art. 16. As transferências de recursos constitucionais de que trata o art. 12 serão suspensas quando:

I - adotada a medida preliminar a que se refere a Subseção I, o ente federativo não comprovar no SIOPS, no prazo de doze meses, contado do depósito da primeira parcela direcionada ao Fundo de Saúde, a aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores; ou

II - não houver declaração e homologação das informações no SIOPS, transcorrido o prazo de trinta dias da emissão de notificação automática do Sistema para os gestores a que se refere o art. 4º. (Vide Decreto nº 8.201, de 2014)

Art. 17. A suspensão de que trata o art. 16 será informada ao SIOPS até o quinto dia útil após sua efetivação pelo agente financeiro da União.

SEÇÃO II
DA SUSPENSÃO DAS TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS

Art. 18. As transferências voluntárias da União serão suspensas:

I - quando constatado o descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde pelos Estados e Municípios; e

II - na ausência de declaração e homologação das informações no SIOPS, transcorrido o prazo de trinta dias da emissão de notificação automática do Sistema para os gestores a que se refere o art. 4º.

CAPÍTULO V
DO RESTABELECIMENTO DAS TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E VOLUNTÁRIAS DA UNIÃO

Art. 19. A verificação da aplicação efetiva do adicional depositado na conta do Fundo de Saúde que deixou de ser aplicado pelo ente federativo em exercício anterior e que deu causa ao descumprimento da aplicação do percentual mínimo em ações e serviços de saúde, será realizada por meio das informações homologadas no SIOPS.

Parágrafo único. A verificação a que se refere o **caput** será realizada por meio dos demonstrativos das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde do RREO disponibilizados a partir do bimestre imediatamente subsequente ao primeiro depósito na conta vinculada ao Fundo de Saúde e se estenderá até doze meses, contados da data do primeiro depósito.

Art. 20. As transferências constitucionais de que trata o art. 12 e as transferências voluntárias da União serão restabelecidas quando o ente federativo beneficiário comprovar, por meio de demonstrativo das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde do RREO, a aplicação efetiva

do adicional relativo ao montante não aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores.

§ 1º Cumprido o disposto no **caput,** o prazo para restabelecimento das transferências constitucionais e voluntárias da União será de cinco dias úteis.

§ 2º A suspensão decorrente da ausência de informações homologadas no SIOPS, conforme disposto no inciso II do **caput** do art. 16, perderá efeito após a homologação das informações no sistema.

CAPÍTULO VI
DOS PROCEDIMENTOS ORÇAMENTÁRIOS E CONTÁBEIS

Art. 21. A metodologia para verificação do cumprimento da aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde integrará as normas gerais para consolidação das contas públicas editadas pelo órgão central de contabilidade da União.

CAPÍTULO VII
DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. A audiência pública a que se refere o § 5º do art. 36 da Lei Complementar nº 141, de 2012, de periodicidade quadrimestral, utilizará as informações previstas:

I - no Relatório de Gestão do SUS; e

II - no RREO dos dois bimestres correspondentes, ressalvado o prazo semestral previsto na alínea "c" do inciso II do **caput** do art. 63 da Lei Complementar nº 101, de 2000.

Art. 23. Verificado o descumprimento das disposições da Lei Complementar nº 141, de 2012, ou deste Decreto, ou detectada a aplicação de recursos federais em objeto diverso do originalmente pactuado, o Ministério da Saúde comunicará a irregularidade:

I - ao órgão de auditoria do SUS;

II - à direção local do SUS;

III - ao responsável pela administração orçamentária e financeira do ente federativo;

IV - aos órgãos de controle interno e externo do ente federativo;

V - ao Conselho de Saúde; e

VI - ao Ministério Público.

§ 1º A comunicação a que se refere o **caput** somente será encaminhada ao Tribunal de Contas competente e ao Ministério Público com atribuição para o caso após o esgotamento da via administrativa de controle interno do Ministério da Saúde, sem prejuízo do exercício autônomo das competências e atribuições previstas na legislação.

§ 2º A atuação dos destinatários da comunicação de que trata o **caput** terá como objetivo promover a imediata devolução dos recursos irregularmente aplicados ao Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário, visando ao cumprimento do objetivo do repasse, nos termos do inciso I do caput do art. 27 da Lei Complementar nº 141, de 2012. (Redação dada pelo Decreto nº 9.380, de 2018)

§ 3º Para os fins do disposto no § 2º , em caso de aplicação de recursos previstos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3º da Lei Complementar nº 141, de 2012, ou em objeto diverso do originalmente pactuado, a devolução será efetivada com recursos do Tesouro do ente federativo beneficiário.

§ 4º Na hipótese de, durante a cobrança administrativa, que faz parte da via administrativa de controle interno a que se refere o § 1º , ficar evidenciado que o ente federativo beneficiário não tem mais interesse no cumprimento do objetivo do repasse, deverá ser feita a devolução dos recursos irregularmente aplicados de que trata o § 2º ao Fundo de Saúde do ente federativo que repassou os recursos. (Incluído pelo Decreto nº 9.380, de 2018)

Art. 23-A. Nos termos do art. 21 da Lei Complementar nº 141, de 2012, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão, mediante pactuação regional, remanejar entre si parcelas de recursos financeiros, por meio de transferência fundo a fundo, conforme previsto no § 3º do art. 3º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, desde que tenha sido celebrado consórcio de saúde, convênio ou outro instrumento congênere, que estabeleça, entre outras cláusulas gerenciais, as obrigações de todos os entes envolvidos, seu âmbito de aplicação e a periodicidade e os valores das transferências a serem realizadas. (Incluído pelo Decreto nº 9.380, de 2018)

Art. 23-B. A transferência de recursos de capital de que trata o art. 18 da Lei Complementar nº 141, de 2012, será realizada diretamente para os fundos de saúde dos entes federativos beneficiários, sem a celebração de convênio ou outro instrumento congênere, exceto nas hipóteses em que as definições do objeto do repasse não estejam previamente estabelecidas

em normas do Ministério da Saúde. (Incluído pelo Decreto nº 9.380, de 2018)

Art. 24. A não observância dos procedimentos previstos neste Decreto sujeitará os infratores, nos termos do art. 46 da Lei Complementar nº 141, de 2012, às penalidades previstas no Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940-Código Penal, na Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950, no Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967, na Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, sem prejuízo de outras previstas na legislação.

Art. 25. O Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão providenciará as modificações orçamentárias necessárias ao atendimento do disposto neste Decreto, no prazo de sessenta dias, contado da data de sua publicação.

Art. 26. Para atender o disposto nos arts. 26, 36, 39 e 43 da Lei Complementar nº 141, de 2012, e neste Decreto, o Ministério da Saúde:

I - estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do SIOPS, no prazo de noventa dias, contado da data de publicação deste Decreto; e

II - disponibilizará nova versão do SIOPS até 20 de janeiro de 2013.

Art. 27. Este Decreto entra em vigor na data da sua publicação, produzindo efeitos a partir da execução orçamentária do ano de 2013.

§ 1º A verificação anual do cumprimento do limite mínimo dos recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde nos termos da Lei Complementar nº 141, de 2012, e deste Decreto, será realizada a partir do ano de 2014, com base na execução orçamentária do ano de 2013, sem prejuízo das exigências legais e controles adotados antes da entrada em vigor da Lei Complementar nº 141, de 2012.

§ 2º Os procedimentos de direcionamento, suspensão e restabelecimento de transferências de recursos nos termos deste Decreto serão realizados a partir do ano de 2014, sem prejuízo das exigências legais e controles adotados antes da entrada em vigor da Lei Complementar nº 141, de 2012.

Brasília, 16 de outubro de 2012; 191º da Independência e 124º da República.

DILMA ROUSSEFF
Nelson Henrique Barbosa Filho
Alexandre Rocha Santos Padilha
Miriam Belchior
Luís Inácio Lucena Adams

DOU de 17.10.2012

1.22. Decreto nº 8.368/2014 (Política Nacional dos Direitos da Pessoa com TEA)

Decreto nº 8.368, de 2 de dezembro de 2014.

Regulamenta a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, **caput,** inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012,

DECRETA:

Art. 1º A pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais.

Parágrafo único. Aplicam-se às pessoas com transtorno do espectro autista os direitos e obrigações previstos na Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, promulgados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, e na legislação pertinente às pessoas com deficiência.

Art. 2º É garantido à pessoa com transtorno do espectro autista o direito à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, respeitadas as suas especificidades.

§ 1º Ao Ministério da Saúde compete:

I - promover a qualificação e a articulação das ações e dos serviços da Rede de Atenção à Saúde para assistência à saúde adequada das pessoas com transtorno do espectro autista, para garantir:

a) o cuidado integral no âmbito da atenção básica, especializada e hospitalar;

b) a ampliação e o fortalecimento da oferta de serviços de cuidados em saúde bucal das pessoas com espectro autista na atenção básica, especializada e hospitalar; e

c) a qualificação e o fortalecimento da rede de atenção psicossocial e da rede de cuidados de

saúde da pessoa com deficiência no atendimento das pessoas com o transtorno do espectro autista, que envolva diagnóstico diferencial, estimulação precoce, habilitação, reabilitação e outros procedimentos definidos pelo projeto terapêutico singular;

II - garantir a disponibilidade de medicamentos incorporados ao SUS necessários ao tratamento de pessoas com transtorno do espectro autista;

III - apoiar e promover processos de educação permanente e de qualificação técnica dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde quanto ao atendimento das pessoas com o transtorno do espectro autista;

IV - apoiar pesquisas que visem ao aprimoramento da atenção à saúde e à melhoria da qualidade de vida das pessoas com transtorno do espectro autista; e

V - adotar diretrizes clínicas e terapêuticas com orientações referentes ao cuidado à saúde das pessoas com transtorno do espectro autista, observando suas especificidades de acessibilidade, de comunicação e atendimento.

§ 2º A atenção à saúde à pessoa com transtorno do espectro autista tomará como base a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF e a Classificação Internacional de Doenças - CID-10.

Art. 3º É garantida proteção social à pessoa com transtorno do espectro autista em situações de vulnerabilidade ou risco social ou pessoal, nos termos da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

Art. 4º É dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar o direito da pessoa com transtorno do espectro autista à educação, em sistema educacional inclusivo, garantida a transversalidade da educação especial desde a educação infantil até a educação superior.

§ 1º O direito de que trata o **caput** será assegurado nas políticas de educação, sem discriminação e com base na igualdade de oportunidades, de acordo com os preceitos da Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência.

§ 2º Caso seja comprovada a necessidade de apoio às atividades de comunicação, interação social, locomoção, alimentação e cuidados pessoais, a instituição de ensino em que a pessoa com transtorno do espectro autista ou com outra deficiência estiver matriculada disponibilizará acompanhante especializado no contexto escolar, nos termos do parágrafo único do art. 3º da Lei nº 12.764, de 2012.

Art. 5º Ao tomar conhecimento da recusa de matrícula, o órgão competente ouvirá o gestor escolar e decidirá pela aplicação da multa de que trata o caput do art. 7º da Lei nº 12.764, de 2012.

§ 1º Caberá ao Ministério da Educação a aplicação da multa de que trata o **caput**, no âmbito dos estabelecimentos de ensino a ele vinculados e das instituições de educação superior privadas, observado o procedimento previsto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999.

§ 2º O Ministério da Educação dará ciência da instauração do processo administrativo para aplicação da multa ao Ministério Público e ao Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Conade.

§ 3º O valor da multa será calculado tomando-se por base o número de matrículas recusadas pelo gestor, as justificativas apresentadas e a reincidência.

Art. 6º Qualquer interessado poderá denunciar a recusa da matrícula de estudantes com deficiência ao órgão administrativo competente.

Art. 7º O órgão público federal que tomar conhecimento da recusa de matrícula de pessoas com deficiência em instituições de ensino vinculadas aos sistemas de ensino estadual, distrital ou municipal deverá comunicar a recusa aos órgãos competentes pelos respectivos sistemas de ensino e ao Ministério Público.

Art. 8º A Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, juntamente ao Conade, promoverá campanhas de conscientização sobre os direitos das pessoas com transtorno do espectro autista e suas famílias.

Art. 9º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 2 de dezembro de 2014; 193º da Independência e 126º da República.

DILMA ROUSSEFF
José Henrique Paim Fernandes
Arthur Chior
Ideli Salvatti

DOU de 3.12.2014

1.23. Decreto nº 9.190/2017 (Programa Nacional de Publicização - PNP)

Decreto nº 9.190, de 1º de novembro de 2017.

Regulamenta o disposto no art. 20 da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, **caput**, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 20 da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998,

DECRETA:

CAPÍTULO I
DO PROGRAMA NACIONAL DE PUBLICIZAÇÃO

Art. 1º O Programa Nacional de Publicização - PNP, destinado à absorção de atividades desenvolvidas por entidades ou órgãos da União pelas organizações sociais qualificadas conforme o disposto na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998 e neste Decreto, será implementado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - alinhamento aos princípios e aos objetivos estratégicos da política pública correspondente, respeitadas as especificidades de regulação do setor;

II - ênfase no atendimento ao cliente-cidadão;

III - ênfase nos resultados qualitativos e quantitativos, nos prazos pactuados; e

IV - controle social das ações de forma transparente.

Parágrafo único. A qualificação de entidades privadas sem fins lucrativos como organizações sociais tem por objetivo o estabelecimento de parcerias de longo prazo, com vistas à prestação, de forma contínua, de serviços de interesse público à comunidade beneficiária.

SEÇÃO I
DAS DIRETRIZES PARA QUALIFICAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

Art. 2º Poderão ser qualificadas como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e à preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos os requisitos legais, as diretrizes de políticas públicas setoriais, as determinações e os critérios estabelecidos neste Decreto.

Art. 3º É vedada a qualificação de organizações sociais para desenvolvimento de atividades:

I - exclusivas de Estado;

II - de apoio técnico e administrativo à administração pública federal; e

III - de fornecimento de instalação, bens, equipamentos ou execução de obra pública em favor da administração pública federal.

Art. 4º O atendimento aos requisitos estabelecidos nos art. 2º, art. 3º e art. 4º da Lei nº 9.637, de 1998 , é condição indispensável à qualificação de entidade privada como organização social, cujos documentos probatórios serão apresentados ao órgão supervisor ou à entidade supervisora no ato da inscrição da entidade privada postulante.

§ 1º A entidade privada poderá entregar de forma provisória, no ato da inscrição, declaração que contenha o compromisso de apresentar os documentos exigidos para a qualificação como organização social, acompanhada da Ata da Assembleia que aprovou a emissão da declaração, nos termos estabelecidos nos art. 2º, art. 3º e art. 4º da Lei nº 9.637, de 1998 , sem prejuízo das sanções previstas em lei. (Incluído pelo Decreto nº 9.469, de 2018)

§ 2º A entidade privada que optar pelo procedimento previsto no § 1º entregará os documentos probatórios no prazo de quarenta e cinco dias, contado da publicação da decisão final de seleção. (Incluído pelo Decreto nº 9.469, de 2018)

§ 3º A entidade privada somente poderá ser qualificada como organização social após apresentar a documentação comprobatória hábil, conforme o disposto nos art. 2º, art. 3º e art. 4º da Lei nº 9.637, de 1998 . (Incluído pelo Decreto nº 9.469, de 2018)

§ 4º A entidade privada será desclassificada na hipótese de descumprimento do prazo de que trata o § 2º. (Incluído pelo Decreto nº 9.469, de 2018)

Art. 5º A qualificação de organização social obedecerá às seguintes diretrizes:

I - o processo de qualificação vinculará as partes à assinatura do contrato de gestão;

II - o objeto social da entidade, definido em seu estatuto, será aderente à atividade a ser publicizada;

III - os órgãos e as entidades públicos representados no Conselho de Administração da entidade privada serão aqueles diretamente responsáveis pela supervisão, pelo financiamento e pelo controle da atividade; e

IV - os representantes da sociedade civil no Conselho de Administração serão escolhidos no âmbito da comunidade beneficiária dos serviços prestados pela organização social e atenderão aos requisitos de notória capacidade profissional e idoneidade moral.

Art. 6º O processo de qualificação de entidade privada sem fins lucrativos como organização social compreende as seguintes fases:

I - decisão de publicização;

II - seleção da entidade privada;

III - publicação do ato de qualificação; e

IV - celebração do contrato de gestão.

SEÇÃO II
DA DECISÃO DE PUBLICIZAÇÃO

Art. 7º A proposta de publicização das atividades de que trata o art. 1º da Lei nº 9.637, de 1998, será encaminhada pelo Ministro de Estado supervisor da área ao Ministério da Economia, devidamente justificada, e explicitará as razões que fundamentem a conveniência e a oportunidade da opção pelo modelo das organizações sociais, observado o disposto no art. 5º do Decreto nº 9.739, de 28 de março de 2019. (Redação dada pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

§ 1º A fundamentação de que trata o **caput** conterá todas as informações pertinentes à tomada de decisão, entre as quais:

I - a descrição das atividades;

II - a análise e a caracterização da comunidade beneficiária das atividades e a definição dos órgãos e das entidades públicos responsáveis pela supervisão e pelo financiamento da organização social;

III - os objetivos em termos de melhoria para o cidadão-cliente na prestação dos serviços com a adoção do modelo de organização social;

IV - a demonstração, em termos do custo-benefício esperado, da absorção da atividade por organização social, em substituição à atuação direta do Estado, considerados os impactos esperados a curto, médio e longo prazo;

V - as informações sobre cargos, funções, gratificações, recursos orçamentários e físicos que serão desmobilizados, quando a decisão implicar em extinção de órgão, entidade ou unidade administrativa da administração pública federal responsável pelo desenvolvimento das atividades;

VI - análise quantitativa e qualitativa dos profissionais atualmente envolvidos com a execução da atividade, com vistas ao aproveitamento em outra atividade ou à cessão para a entidade privada selecionada;

VII - previsão de eventual cessão de imóveis e de outros bens materiais; e

VIII - a estimativa de recursos financeiros para o desenvolvimento da atividade durante o primeiro exercício de vigência do contrato de gestão e para os três exercícios subsequentes.

§ 2º A decisão da publicização será efetuada em ato conjunto do Ministro de Estado supervisor e do Ministro de Estado da Economia, e, se for o caso, com anuência da autoridade supervisora, e publicada no Diário Oficial da União. (Redação dada pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

§ 3º A fundamentação de que trata o **caput**: (Incluído pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

I - inclui a análise da conveniência, da oportunidade e dos demais elementos necessários à tomada de decisão; (Incluído pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

II - é de responsabilidade do órgão ou da entidade proponente; e (Incluído pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

III - será utilizada como referência para o edital de chamamento público a que se refere o inciso I do **caput** do art. 8º. (Incluído pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

SEÇÃO III
DA SELEÇÃO DA ENTIDADE

Art. 8º A seleção da entidade privada sem fins lucrativos a ser qualificada como organização social será realizada pelo órgão supervisor ou pela entidade supervisora da área e observará as seguintes etapas:

I - divulgação do chamamento público;

II - recebimento e avaliação das propostas;

III - publicação do resultado provisório;

IV - fase recursal; e

V - publicação do resultado definitivo.

Parágrafo único. O atendimento ao princípio da economicidade, previsto no art. 7º da Lei nº 9.637, de 1998, será observado durante todo o processo de seleção.

Art. 9º Não poderá participar do chamamento público a entidade privada sem fins lucrativos que:

I - tenha sido desqualificada como organização social, por descumprimento das disposições contidas no contrato de gestão, nos termos do art. 16 da Lei nº 9.637, de 1998, em decisão irrecorrível, pelo período que durar a penalidade;

II - esteja omissa no dever de prestar contas de parceria anteriormente celebrada;

III - tenha sido punida com uma das seguintes sanções, pelo período que durar a penalidade:

a) suspensão de participação em licitação e impedimento de contratar com o órgão supervisor ou a entidade supervisora; e

b) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração pública federal;

IV - tenha tido contas de parceria julgadas irregulares ou rejeitadas por Tribunal ou Conselho de Contas de qualquer ente federativo, em decisão irrecorrível, nos últimos oito anos; e

V - não possuam comprovação de regularidade fiscal, trabalhista e junto ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS, por meio de:

a) Certidão Negativa de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União;

b) Certificado de Regularidade do FGTS; e

c) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.

Art. 10. O processo de seleção da entidade privada se iniciará com a divulgação de chamamento público pelo órgão supervisor ou pela entidade supervisora da atividade, que definirá, entre outros aspectos:

I - os requisitos a serem atendidos pelas entidades privadas interessadas para fins de habilitação;

II - a documentação comprobatória exigida;

III - a relação dos órgãos e das entidades públicas e a relação mínima das entidades da comunidade beneficiária dos serviços que deverão estar representados no Conselho de Administração como membros natos;

IV - as condições específicas da absorção das atividades, tais como a cessão de imóveis e outros bens materiais e de servidores envolvidos na atividade em processo de publicização, se for o caso;

V - as disposições relativas ao direito do uso de nomes, símbolos, marcas e domínio na internet;

VI - o prazo mínimo de quarenta e cinco dias para o início do período de inscrição das entidades privadas interessadas;

VII - as etapas do processo de avaliação das entidades privadas sem fins lucrativos inscritas;

VIII - os critérios específicos de avaliação; e

IX - os recursos administrativos e os seus prazos.

Art. 11. A avaliação das propostas contemplará, sem prejuízo de outros critérios:

I - a abrangência de representação da comunidade beneficiária no Conselho de Administração e no quadro social, conforme o disposto no inciso III do **caput** do art. 10; (Redação dada pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

II - o nível de aderência da proposta de trabalho ao edital de chamamento público a que se refere o inciso I do **caput** do art. 8º; e (Redação dada pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

III - a experiência e a capacidade técnica e gerencial da entidade ou dos integrantes do quadro social, diretivo ou funcional da organização que executará as atividades do contrato de gestão, aferidas objetivamente, conforme indicado no edital de chamamento público a que se refere o inciso I do **caput** do art. 8º. (Incluído pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

Art. 12. A avaliação das entidades privadas sem fins lucrativos inscritas no chamamento público será realizada por comissão de seleção instituída para essa finalidade pela Secretaria-Executiva do órgão supervisor ou pela entidade supervisora. (Redação dada pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

§ 1º Não poderão ser nomeados para a comissão de que trata o **caput** servidores que tenham sido cedidos a organização social com contrato vigente com a administração pública federal ou servidores que trabalhem na área responsável pela supervisão dos contratos de gestão.

§ 2º À comissão de que trata o **caput** competirá a avaliação das entidades privadas participantes quanto ao atendimento dos requisitos legais, das diretrizes e dos critérios estabelecidos neste Decreto e dos critérios definidos no chamamento público.

§ 3º Observado o prazo estabelecido no chamamento público, a comissão responsável pela avaliação elaborará relatório conclusivo, que explicitará:

I - o atendimento aos requisitos legais pelas entidades privadas inscritas;

II - a relação das entidades privadas habilitadas;

III - as entidades privadas inabilitadas em razão do não atendimento aos requisitos legais e a outros previstos neste Decreto; e

IV - nos casos de mais de uma entidade privada participante habilitada, a escolha justificada da entidade privada que melhor atendeu aos critérios estabelecidos no art. 11.

§ 4º A decisão da comissão de seleção será publicada no Diário Oficial da União e a íntegra do relatório será publicada no sítio eletrônico oficial do órgão supervisor ou da entidade supervisora. (Redação dada pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

§ 5º Da decisão de que trata o § 4º caberá recurso no prazo de dez dias, contado da data de publicação no Diário Oficial da União, que será dirigido à comissão responsável pela decisão recorrida.

§ 6º A comissão recorrida terá o prazo de cinco dias, contado da data de interposição do recurso a que se refere o § 5º, para análise.

§ 7º Na hipótese de não haver reconsideração da decisão, os autos do processo de chamamento público serão encaminhados à autoridade superior para decisão sobre o recurso, no prazo de trinta dias, contado da data de decisão a que se refere o § 6º.

§ 8º A decisão final sobre a escolha da entidade privada para fins de qualificação como organização social e celebração de contrato de gestão será formalizada em ato do Ministro de Estado ou do titular da entidade supervisora da área de atuação e terá como base o relatório de avaliação do órgão responsável, após o encerramento da fase recursal.

§ 9º A decisão final será publicada no Diário Oficial da União.

§ 10. Enquanto durar a vigência do contrato de gestão, os membros da comissão de que trata o **caput** não poderão ser cedidos à organização social qualificada.

SEÇÃO IV
DA PUBLICAÇÃO DO ATO DE QUALIFICAÇÃO

Art. 13. A qualificação de entidade privada como organização social será formalizada em ato do Presidente da República, a partir de proposição do Ministro de Estado supervisor da área, e, se for o caso, com anuência da autoridade titular da entidade supervisora, precedida de manifestação do Ministro de Estado da Economia. (Redação dada pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

§ 1º O ato que qualificar a entidade privada como organização social será específico e indicará: (Incluído pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

I - a entidade privada qualificada; (Incluído pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

II - a atividade exercida; (Incluído pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

III - o número do processo administrativo relativo ao chamamento público; e (Incluído pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

IV - o órgão ou a entidade da administração pública federal cujas atividades serão absorvidas pela organização social. (Incluído pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

§ 2º A organização social regularmente qualificada e com contrato de gestão vigente poderá absorver outra atividade prevista no art. 1º da Lei nº 9.637, de 1998, desde que: (Incluído pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

I - a nova atividade seja compatível com os seus objetivos sociais; (Incluído pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

II - a publicização esteja em conformidade com o disposto nos art. 7º a art. 13, inclusive com novo chamamento público; e (Incluído pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

III - seja firmado termo aditivo ao contrato de gestão vigente. (Incluído pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

§ 3º A manifestação do Ministro de Estado da Economia de que trata o **caput** ficará limitada aos aspectos formais da proposta. (Incluído pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

§ 4º A responsabilidade sobre a seleção da entidade privada caberá ao Ministério supervisor da área. (Incluído pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

SEÇÃO V
DA CELEBRAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

Art. 14. O contrato de gestão, instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade privada sem fins lucrativos qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para o fomento e a execução das atividades aprovadas no ato de qualificação, observará o disposto nos art. 5º, art. 6º e art. 7º da Lei nº 9.637, de 1998.

§ 1º O contrato de gestão discriminará os serviços, as atividades, as metas e os objetivos a serem alcançados nos prazos pactuados, o cronograma de desembolso financeiro e os mecanismos de avaliação de resultados das atividades da organização social.

§ 2º O contrato de gestão, de vigência plurianual, poderá ser alterado por meio de termos aditivos mediante acordo entre as partes.

§ 3º Os objetivos, as metas e o cronograma de desembolso dos recursos previstos no orçamento, em cada exercício, serão definidos em anexo específico ao contrato de gestão.

§ 4º O contrato de gestão preverá as condições e os prazos para as providências relativas à reversão de bens permitidos, aos valores entregues à organização social e ao encerramento da cessão de servidores. (Incluído pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

Art. 15. Fica autorizada a inclusão de metas relativas a atividades intersetoriais no contrato de gestão mantido com o órgão supervisor ou a entidade supervisora, desde que consistentes com os objetivos sociais da entidade privada e com o ato de qualificação da organização social.

§ 1º A autoridade supervisora será responsável pelo acompanhamento e pela avaliação da execução das metas relativas às atividades intersetoriais, por meio da comissão de avaliação do contrato de gestão.

§ 2º Na hipótese prevista no **caput** , é admitido o compartilhamento do financiamento das atividades da organização social pelas entidades ou pelos órgãos representados no Conselho de Administração da entidade privada como membros natos e o órgão ou a entidade cofinanciador deverá figurar como interveniente no contrato de gestão e como partícipe da comissão de avaliação.

Art. 16. O contrato de gestão poderá ser renovado por períodos sucessivos, a critério da autoridade supervisora, condicionado à demonstração do cumprimento de seus termos e suas condições.

§ 1º A decisão da autoridade supervisora quanto à renovação do contrato considerará os resultados para a atividade publicizada e demonstrará os benefícios alcançados no ciclo contratual anterior e aqueles esperados para o próximo ciclo em relação à realização de novo chamamento público.

§ 2º A decisão de renovação não afasta a possibilidade de realização de novo chamamento público para qualificação e celebração de contrato de gestão com outras entidades privadas interessadas na mesma atividade publicizada.

§ 3º O contrato de gestão poderá ser renovado com redução de valor ou de objeto, observado o disposto no § 1º.

§ 4º O processo de análise da conveniência e da oportunidade para a renovação, a resolução, a rescisão ou a resilição do contrato de gestão conterá a manifestação dos intervenientes. (Incluído pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

§ 5º O contrato de gestão poderá ser aditado para sub-rogar a um dos intervenientes a parte do objeto sob seus patrocínios, observado o disposto no art. 29, na hipótese de a autoridade supervisora anterior ter se manifestado contrariamente à renovação do contrato. (Incluído pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

Art. 17. O órgão supervisor ou a entidade supervisora deverá, nos termos do parágrafo único do art. 7º da Lei nº 9.637, de 1998, introduzir cláusulas no contrato de gestão que disporão sobre:

I - a vinculação obrigatória dos recursos de fomento público com metas e objetivos estratégicos previstos no contrato de gestão;

II - criação de reserva técnica financeira para utilização em atendimento a situações emergenciais;

III - limite prudencial de despesas com pessoal em relação ao valor total de recursos do contrato de gestão e mecanismos de controle sistemático pela autoridade supervisora; e

IV - definição de critérios e limites para a celebração de contratos de prestação de

serviços pela organização social com outros órgãos ou entidades públicas e privadas ou de outros instrumentos de parceria.

SEÇÃO VI
DO ORÇAMENTO

Art. 18. O Poder Público repassará os recursos públicos de fomento destinados ao financiamento das atividades das organizações sociais.

§ 1º Os recursos destinados à organização social serão repassados com obediência ao cronograma de desembolso financeiro estabelecido no contrato de gestão, que pactua as metas e os resultados a serem alcançados.

§ 2º A autoridade supervisora ouvirá a organização social sobre o valor que será proposto para elaboração da Lei Orçamentária.

§ 3º O valor mencionado no § 2º será acompanhado de plano preliminar de ações e metas para o exercício financeiro e de orçamento estimativo.

§ 4º Na hipótese de financiamento compartilhado, conforme estabelecido no § 2º do art. 15, com aportes de recursos de dotações de mais de um órgão ou entidade da administração pública federal, os aportes serão incluídos nas propostas orçamentárias no montante assumido por cada órgão ou entidade, que os repassarão à organização social com obediência ao cronograma de desembolso financeiro pactuado no contrato de gestão.

§ 5º Eventuais excedentes financeiros do contrato de gestão ao final do exercício, apurados no balanço patrimonial e financeiro da entidade privada, serão incorporados ao planejamento financeiro do exercício seguinte e utilizados no desenvolvimento das atividades da entidade privada com vistas ao alcance dos objetivos estratégicos e das metas do contrato de gestão.

SEÇÃO VII
DA EXECUÇÃO E DA AVALIAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

Art. 19. Incumbe ao Conselho de Administração da organização social exercer as atribuições previstas na Lei nº 9.637, de 1998, além de zelar pelo cumprimento dos resultados pactuados, pela aplicação regular dos recursos públicos, pela adequação dos gastos e pela sua aderência ao objeto do contrato de gestão.

§ 1º O Conselho de Administração aprovará e encaminhará ao órgão supervisor ou à entidade supervisora os relatórios gerenciais e de atividades da organização social que serão elaborados pela diretoria.

§ 2º A comissão de avaliação prevista no § 2º do art. 8º da Lei nº 9.637, de 1998, avaliará os resultados alcançados pela organização social, nos prazos estabelecidos no contrato de gestão e ao final do ciclo do referido contrato, e encaminhará relatório conclusivo sobre a avaliação procedida à autoridade supervisora.

§ 3º A autoridade supervisora definirá a área responsável pela supervisão dos contratos de gestão dentro de sua estrutura organizacional vigente.

§ 4º O órgão supervisor ou a entidade supervisora emitirá parecer final em cada exercício compreendido no ciclo de vigência do contrato de gestão e terá como base as informações constantes dos relatórios emitidos pela comissão de avaliação e o parecer da auditoria externa sobre os demonstrativos financeiros e contábeis e as contas da organização social

Art. 20. O órgão supervisor ou a entidade supervisora disponibilizará em seu sítio eletrônico:

I - os atos de chamamento público;

II - a cópia integral dos contratos de gestão e seus aditivos;

III - os relatórios de execução de que trata o § 1º do art. 8º da Lei nº 9.637, de 1998, acompanhados das prestações de contas correspondentes; e

IV - os relatórios apresentados pelas comissões de avaliação.

SEÇÃO VIII
DA DESQUALIFICAÇÃO

Art. 21. A entidade privada sem fins lucrativos poderá ser desqualificada:

I - por decisão fundamentada do órgão supervisor ou da entidade supervisora;

II - pelo encerramento do contrato de gestão;

III - quando constatado o descumprimento das disposições contidas no contrato de gestão, na Lei nº 9.637, de 1998, e neste Decreto; e

IV - pelo não atendimento, de forma injustificada, às recomendações da comissão de avaliação ou do órgão supervisor ou da entidade supervisora.

§ 1º Observado o disposto no art. 16 da Lei nº 9.637, de 1998, e na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, a organização social apresentará sua defesa perante a autoridade supervisora no prazo de trinta dias, contado da data de sua intimação, respeitado o devido processo legal.

§ 2º A desqualificação ocorrerá em ato do Poder Executivo federal, cuja proposição caberá ao órgão supervisor ou à entidade supervisora, ouvido o Ministério da Economia. (Redação dada pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

Art. 22. Na hipótese de desqualificação da organização social, o órgão supervisor ou a entidade supervisora providenciará a incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados e dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades.

Art. 23. Na hipótese de desqualificação da organização social, as atividades absorvidas pela entidade privada na forma dos art. 18 a art. 22 da Lei nº 9.637, de 1998, poderão ser reassumidas pelo Poder Público, com vistas à manutenção da continuidade dos serviços prestados e à preservação do patrimônio, facultada à União a transferência da execução do serviço para outra organização social, observado o disposto no art. 2º, **caput** , inciso I, alínea "i", da referida Lei.

CAPÍTULO II
DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24. É vedada a execução de despesa em favor do órgão supervisor ou da entidade supervisora e em desacordo com o objeto do contrato.

Art. 25. É vedada a transferência de recursos de fomento para organização social, nos termos da Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, e do Decreto nº 8.726, de 27 de abril de 2016.

Art. 26. Os representantes dos órgãos e das entidades públicas nos Conselhos de Administração de organizações sociais deverão ser ocupantes de cargos do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS de nível 4 ou superior, ou equivalente, e serão designados pelo Ministro de Estado supervisor ou autoridade titular da entidade supervisora da área após a assinatura do contrato de gestão.

Parágrafo único. Cidadãos da sociedade civil com notório saber nas áreas de atuação das organizações sociais poderão ser indicados como representantes dos órgãos e das entidades públicas nos Conselhos de Administração, mediante decisão fundamentada do órgão supervisor ou da entidade supervisora.

Art. 27. As disposições referentes ao processo de seleção estabelecidos neste Decreto não se aplicam às entidades privadas já qualificadas como organizações sociais, observado o disposto no art. 16.

Art. 28. Os contratos de gestão vigentes serão adaptados às disposições deste Decreto por meio de termo aditivo ou renovação.

Art. 29. A entidade privada qualificada como organização social somente poderá celebrar um contrato de gestão com a administração pública federal.

Art. 30. A Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital do Ministério da Economia e a Fundação Escola Nacional de Administração Pública - Enap poderão estruturar, conjuntamente, programa de capacitação para: (Redação dada pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

I - os representantes nos Conselhos de Administração das entidades privadas qualificadas; (Incluído pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

II - os servidores responsáveis pela supervisão e pela avaliação dos contratos de gestão; e (Incluído pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

III - o público-alvo que atue junto às organizações sociais. (Incluído pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

Art. 31. O Ministério da Economia poderá editar normas complementares necessárias ao cumprimento do disposto neste Decreto. (Redação dada pelo Decreto nº 11.215, de 2022)

Art. 32. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 33. Fica revogado o § 5º do art. 1º do Decreto nº 5.504, de 5 de agosto de 2005.

Brasília, 1º de novembro de 2017; 196º da Independência e 129º da República.

MICHEL TEMER
Dyogo Henrique de Oliveira

DOU de 3.11.2017

1.24. Resolução CNS nº 453/2012 (Diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde)

Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Trigésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de maio de 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e

Considerando os debates ocorridos nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo, na X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, nas Plenárias Regionais e Estaduais de Conselhos de Saúde, nas 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, e nas Conferências Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde;

Considerando a experiência acumulada do Controle Social da Saúde à necessidade de aprimoramento do Controle Social da Saúde no âmbito nacional e as reiteradas demandas dos Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento, conforme o § 5º inciso II art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a ampla discussão da Resolução do CNS nº 333/92 realizada nos espaços de Controle Social, entre os quais se destacam as Plenárias de Conselhos de Saúde;

Considerando os objetivos de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS, por intermédio dos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais, das Conferências de Saúde e Plenárias de Conselhos de Saúde;

Considerando que os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam polos de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas esferas da ação do Estado; e

Considerando o que disciplina a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentam a Lei Orgânica da Saúde, resolve:

Aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde:

DA DEFINIÇÃO DE CONSELHO DE SAÚDE

Primeira Diretriz: o Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde.

Parágrafo único. Como Subsistema da Seguridade Social, o Conselho de Saúde atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

DA INSTITUIÇÃO E REFORMULAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Segunda Diretriz: a instituição dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, obedecida a Lei nº 8.142/90.

Parágrafo único. Na instituição e reformulação dos Conselhos de Saúde o Poder Executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população aprovadas nas Conferências de Saúde, e em consonância com a legislação.

A ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Terceira Diretriz: a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive

nos seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. Nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática.

I - O número de conselheiros será definido pelos Conselhos de Saúde e constituído em lei.

II - Mantendo o que propôs as Resoluções nos 33/92 e 333/03 do CNS e consoante com as Recomendações da 10a e 11a Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários;

b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde;

c) 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

III - A participação de órgãos, entidades e movimentos sociais terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, serão contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

a) associações de pessoas com patologias;

b) associações de pessoas com deficiências;

c) entidades indígenas;

d) movimentos sociais e populares, organizados (movimento negro, LGBT...);

e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;

f) entidades de aposentados e pensionistas;

g) entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;

h) entidades de defesa do consumidor;

i) organizações de moradores;

j) entidades ambientalistas;

k) organizações religiosas;

l) trabalhadores da área de saúde: associações, confederações, conselhos de profissões regulamentadas, federações e sindicatos, obedecendo as instâncias federativas;

m) comunidade científica;

n) entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;

o) entidades patronais;

p) entidades dos prestadores de serviço de saúde; e

q) governo.

IV - As entidades, movimentos e instituições eleitas no Conselho de Saúde terão os conselheiros indicados, por escrito, conforme processos estabelecidos pelas respectivas entidades, movimentos e instituições e de acordo com a sua organização, com a recomendação de que ocorra renovação de seus representantes.

V - Recomenda-se que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.

VI - A representação nos segmentos deve ser distinta e autônoma em relação aos demais segmentos que compõem o Conselho, por isso, um profissional com cargo de direção ou de confiança na gestão do SUS, ou como prestador de serviços de saúde não pode ser representante dos(as) Usuários(as) ou de Trabalhadores(as).

VII - A ocupação de funções na área da saúde que interfiram na autonomia representativa do Conselheiro(a) deve ser avaliada como possível impedimento da representação de Usuário(a) e Trabalhador(a), e, a juízo da entidade, indicativo de substituição do Conselheiro(a).

VIII - A participação dos membros eleitos do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público, como conselheiros, não é permitida nos Conselhos de Saúde.

IX - Quando não houver Conselho de Saúde constituído ou em atividade no Município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao executivo municipal, a convocação e realização da Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a estruturação e composição do Conselho Municipal. O mesmo será atribuído ao Conselho Nacional de Saúde, quando não houver Conselho Estadual de Saúde constituído ou em funcionamento.

X - As funções, como membro do Conselho de Saúde, não serão remuneradas, considerando-se o seu exercício de relevância pública e, portanto, garante a dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro. Para fins de justificativa junto aos órgãos, entidades competentes e instituições, o Conselho de Saúde emitirá declaração de participação de seus membros durante o período das reuniões, representações, capacitações e outras atividades específicas.

XI - O conselheiro, no exercício de sua função, responde pelos seus atos conforme legislação vigente.

ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Quarta Diretriz: as três esferas de Governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico:

I - cabe ao Conselho de Saúde deliberar em relação à sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal;

II - o Conselho de Saúde contará com uma secretaria-executiva coordenada por pessoa preparada para a função, para o suporte técnico e administrativo, subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão;

III - o Conselho de Saúde decide sobre o seu orçamento;

IV - o Plenário do Conselho de Saúde se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, e terá como base o seu Regimento Interno. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias;

V - as reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde são abertas ao público e deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade;

VI - o Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei nº 8.080/90, instalará outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho de conselheiros para ações transitórias. As comissões poderão contar com integrantes não conselheiros;

VII - o Conselho de Saúde constituirá uma Mesa Diretora eleita em Plenário, respeitando a paridade expressa nesta Resolução;

VIII - as decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quórum mínimo (metade mais um) dos seus integrantes, ressalvados os casos regimentais nos quais se exija quórum especial, ou maioria qualificada de votos;

a) entende-se por maioria simples o número inteiro imediatamente superior à metade dos membros presentes;

b) entende-se por maioria absoluta o número inteiro imediatamente superior à metade de membros do Conselho;

c) entende-se por maioria qualificada 2/3 (dois terços) do total de membros do Conselho;

IX - qualquer alteração na organização dos Conselhos de Saúde preservará o que está garantido em lei e deve ser proposta pelo próprio Conselho e votada em reunião plenária, com quórum qualificado, para depois ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor da esfera correspondente;

X - a cada três meses, deverá constar dos itens da pauta o pronunciamento do gestor, das respectivas esferas de governo, para que faça a prestação de contas, em relatório detalhado, sobre andamento do plano de saúde, agenda da saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, de acordo com o art. 12 da Lei nº 8.689/93 e com a Lei Complementar nº 141/2012;

XI - os Conselhos de Saúde, com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes sobre as contas e atividades do Gestor do SUS; e

XII - o Pleno do Conselho de Saúde deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos.

As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução e nem enviada justificativa pelo gestor ao Conselho de Saúde com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo à justiça e ao Ministério Público, quando necessário.

Quinta Diretriz: aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm competências definidas nas leis federais, bem como em indicações advindas das Conferências de Saúde, compete:

I - fortalecer a participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS;

II - elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento;

III - discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde;

IV - atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado;

V - definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e deliberar sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;

VI - anualmente deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão;

VII - estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados, a exemplo dos de seguridade social, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;

VIII - proceder à revisão periódica dos planos de saúde;

IX - deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde;

X - a cada quadrimestre deverá constar dos itens da pauta o pronunciamento do gestor, das respectivas esferas de governo, para que faça a prestação de contas, em relatório detalhado, sobre andamento do plano de saúde, agenda da saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, de acordo com a Lei Complementar nº 141/2012.

XI - avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS;

XII - avaliar e deliberar sobre contratos, consórcios e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais;

XIII - acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde;

XIV - aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação vigente;

XV - propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destino dos recursos;

XVI - fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os recursos transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União, com base no que a lei disciplina;

XVII - analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, e garantia do devido assessoramento;

XVIII - fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar denúncias aos respectivos

órgãos de controle interno e externo, conforme legislação vigente;

XIX - examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho nas suas respectivas instâncias;

XX - estabelecer a periodicidade de convocação e organizar as Conferências de Saúde, propor sua convocação ordinária ou extraordinária e estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e conferências de saúde;

XXI - estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde, entidades, movimentos populares, instituições públicas e privadas para a promoção da Saúde;

XXII - estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinente ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS);

XXIII - acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica, observados os padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do País;

XXIV - estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões nos meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões e dos eventos;

XXV - deliberar, elaborar, apoiar e promover a educação permanente para o controle social, de acordo com as Diretrizes e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS;

XXVI - incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Judiciário e Legislativo, meios de comunicação, bem como setores relevantes não representados nos conselhos;

XXVII - acompanhar a aplicação das normas sobre ética em pesquisas aprovadas pelo CNS;

XXVIII - deliberar, encaminhar e avaliar a Política de Gestão do Trabalho e Educação para a Saúde no SUS;

XXIX - acompanhar a implementação das propostas constantes do relatório das plenárias dos Conselhos de Saúde; e

XXX - atualizar periodicamente as informações sobre o Conselho de Saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).

Fica revogada a Resolução do CNS nº 333, de 4 de novembro de 2003.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
Presidente do Conselho Homologo a Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, nos termos do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
Ministro de Estado da Saúde

DOU de 6.6.2012

1.25. Resolução CNS nº 714/2023 (Campanha - Conselhos Locais de Saúde)

Resolução CNS nº 714, de 02 de julho de 2023.

Dispõe sobre Campanha pela Criação de Conselhos Locais de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde do SUS.

O Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelo Regimento Interno do CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata, resolve, ad referendum do Pleno do Conselho Nacional de Saúde; e

Considerando que a Campanha pela Criação de Conselhos Locais de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde do SUS, se justifica pelas definições da Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, que dispõe sobre as diretrizes

para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, destacando;

Considerando a primeira diretriz da Resolução CNS nº 453/2012, que indica a importância de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente;

Considerando que os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde;

Considerando que a criação de conselhos locais de unidades de saúde do SUS, tem como foco a organização desses espaços de participação social nas unidades básicas de saúde, tendo como objetivo o de aproximar a comunidade dos serviços de saúde, o planejamento das atividades da unidade de saúde e compromisso com a importância dos serviços públicos de saúde e do SUS;

Considerando que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017, prevê o "apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social, com conselhos locais de saúde de sua área de abrangência [...]" bem como a importância de "articular e incentivar a participação dos trabalhadores e da comunidade nas reuniões dos conselhos locais e municipal"; e

Considerando as atribuições conferidas ao Presidente do Conselho Nacional de Saúde pela Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008, art. 13, Inciso VI, que lhe possibilita decidir, *ad referendum*, acerca de assuntos emergenciais, quando houver impossibilidade de consulta ao Plenário, submetendo o seu ato à deliberação do Pleno em reunião subsequente, resolve ad referendum do Pleno do Conselho Nacional de Saúde:

Art. 1º Desenvolver Campanha pela Criação de Conselhos Locais de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde do SUS, com base nas experiências de conselhos locais de saúde já existentes.

Art. 2º Com a finalidade de estimular a criação e o fortalecimento dos Conselhos Locais de Unidades de Saúde, recomenda-se a observância das definições a seguir elencadas:

I - Os Conselhos Municipais de Saúde poderão criar os Conselhos Locais de Saúde, por meio de resolução própria a ser homologada pelo executivo municipal, de acordo com a Lei nº 8.142/1990, com o objetivo de impulsionar a participação da população nos conselhos locais de sua unidade de saúde-referência, por meio de eleições a serem realizadas em cada unidade de saúde;

II - Os Conselhos Locais de Unidades de Saúde devem ter composição paritária, de acordo com a seguinte proporcionalidade: 50% dos membros do Conselho devem ser representantes de usuárias/os, 25% de representantes de trabalhadoras/es da saúde e 25% de representantes das gestoras/es e prestadoras/es de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos;

III - Os Conselhos Locais de Unidades de Saúde devem ser compostos de acordo com o tamanho da unidade, contando no mínimo com 4 (quatro) e no máximo com 16 (dezesseis) membros efetivos, observando-se o mesmo número de suplentes;

IV - As decisões dos Conselhos Locais de Unidades de Saúde deverão, sem exceção, ser apresentadas aos Conselhos Municipais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde;

V - Cabe à gestão municipal cumprir o artigo 44 da Lei Complementar nº 141/2012, nos respectivos Plano Plurianual, Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde de forma que as pessoas conselheiras de saúde possam realizar suas atividades regularmente, bem como garantir processos formativos que qualificam a atuação destes espaços de participação social; e

VI - Os Conselhos Locais de Unidades de Saúde terão seus dados registrados no Sistema de Acompanhamento de Conselhos de Saúde (SIACS), do Conselho Nacional de Saúde.

FERNANDO ZASSO PIGATTO
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 714, de 02 de julho de 2023, nos termos da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

NÍSIA TRINDADE LIMA
Ministra de Estado da Saúde

DOU de 23.8.2023

1.26. Resolução CNS nº 715/2023 (Orientações Estratégicas - 17ª Conferência Nacional de Saúde)

Resolução CNS nº 715, de 20 de julho de 2023.

Dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Quadragésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 19 e 20 de julho de 2023, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e

Considerando que a Constituição Federal de 1988 estabelece a "saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação";

Considerando que a Lei Federal nº 8.080/1990 define, em seu Art. 2º, § 1º, que 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";

Considerando que as Conferências de Saúde são instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde (SUS) que implementam a diretriz constitucional da participação social na gestão da saúde, conforme Art. 198, inciso III; Considerando que o Art. 1º, § 1º, da Lei Federal nº 8.142/1990 define que cabe à Conferência de Saúde "avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes";

Considerando que, com base no § 2º do Art. 1º da Lei nº 8.142/1990, compete ao Conselho Nacional de Saúde formular estratégias e controlar a execução da política nacional de saúde "inclusive nos aspectos econômicos e financeiros", tendo como referência as diretrizes aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde, cujos instrumentos para esse fim são o Plano Nacional de Saúde e a Programação Anual de Saúde, bem como as respectivas prioridades e programações que devem constar no Plano Plurianual, na Lei de Diretrizes Orçamentárias e na Lei Orçamentária Anual da União.

Considerando que o CNS tem por finalidade atuar, entre outras coisas, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado (Art. 2º da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008 - Regimento Interno do CNS);

Considerando que compete ao Plenário do CNS dar operacionalidade às competências descritas no Art. 10 do seu Regimento, como previsto no Art. 11, I da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008 (Regimento Interno);

Considerando que é atribuição do CNS o papel de fortalecer a participação e o controle social no SUS (Art. 10, IX do Regimento Interno do CNS) e o processo de articulação entre os conselhos de saúde;

Considerando o disposto no Art. 1º, incisos I a VI da Resolução CNS nº 680, de 05 de agosto de 2022, segundo os quais os objetivos da 17ª Conferência Nacional de Saúde foram: "I - Debater o tema da Conferência com enfoque na garantia dos direitos e na defesa do SUS, da vida e da democracia; II - Reafirmar e efetivar os princípios e diretrizes do SUS, da universalidade, integralidade e equidade para garantia da saúde como direito humano, com a definição de políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, e nas Leis
nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; III - Mobilizar e estabelecer diálogos diretos com a sociedade brasileira acerca da saúde como um direito constitucional e da defesa do SUS; IV - Garantir a devida relevância à participação popular e ao controle social no SUS, com seus devidos aspectos legais de formulação, fiscalização e deliberação acerca das políticas públicas de

saúde por meio de ampla representação da sociedade, em todas as etapas da 17ª CNS; V - Avaliar a situação de saúde, elaborar propostas que atendam às necessidades de saúde do povo brasileiro e definir as diretrizes que devem ser incorporadas na elaboração dos Planos Plurianuais de Saúde, Nacional, Estaduais e do Distrito Federal (2024-2027), os Planos de Saúde Nacional, Estaduais e do Distrito Federal (2024-2027), e revisão dos Planos Municipais de Saúde, elaborados para os anos de 2022 a 2025; e VI - Construir uma mobilização permanente das forças da sociedade, que parte do monitoramento das deliberações da 17ª CNS, para garantia de direitos sociais e democratização do Estado, em especial, as que incidem sobre o setor saúde";

Considerando o processo ascendente da 17ª Conferência Nacional de Saúde, com etapas municipais, estaduais, conferências livres e etapa nacional, com o Relatório Final expressando o resultado dos debates nas diferentes etapas e as diretrizes e propostas aprovadas na Plenária Deliberativa; e

Considerando a Resolução CNS nº 710, de 16 de março de 2023, que dispõe sobre a definição de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde que integrarão a Programação Anual de Saúde, o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias e o Projeto de Lei Orçamentária da União para 2024.

Resolve

Art. 1º Publicar as orientações estratégicas para o Plano Plurianual (PPA) e para o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2024-2027, formuladas a partir das diretrizes aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde e das prioridades para as ações e serviços públicos de saúde pelo CNS, com vistas a contribuir com o processo democrático e constitucional de formulação da política nacional de saúde, baseados nos Anexos I e II desta Resolução.

FERNANDO ZASSO PIGATTO
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 715, de 20 de julho de 2023, nos termos da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

NÍSIA TRINDADE LIMA
Ministra de Estado da Saúde

ANEXO I

Para novos amanhãs, é necessário construir novas manhãs. A sustentabilidade da saúde das pessoas e coletividades, de forma integral, descentralizada e com participação social, requer ações de inclusão e avanços permanentes. O SUS que o Brasil quer e precisa, necessita de ações concretas e cotidianas de inovação e avanços, como novas manhãs que fazem possível os amanhãs. Com essa ideia, derivada do tema da 17ª Conferência Nacional de Saúde, e com base nas formulações das 27 Conferências Estaduais e do Distrito Federal e das 99 Conferências Livres Nacionais, após a intensa discussão na dinâmica da Conferência, as diretrizes e propostas aprovadas traduzem que a saúde não é viável sem democracia e sem democracia não há saúde, nas condições da nossa Constituição e da legislação brasileira. Portanto, os recursos aplicados na saúde são investimentos no desenvolvimento político e social do país.

As discussões da 17ª Conferência Nacional de Saúde foram fortemente marcadas pela ideia de que sem a participação ampla, democrática e inclusiva da população como um todo, não há possibilidade de alcançar a saúde que o Brasil quer e precisa. Respeitar e fortalecer a participação social são ações que devem ser fomentadas pelo poder público e pelas instituições.

O financiamento estável, adequado, suficiente e permanente da saúde também foi tema transversal das deliberações da 17ª Conferência Nacional de Saúde, devendo o poder público prover os recursos e a população acompanhar sua execução. Portanto, a lógica ultraneoliberal derrotada nas eleições de 2022, que legou freios, tanto à política macroeconômica, quanto aos instrumentos de Estado que induzem o desenvolvimento e a garantia de direitos, o Direito à Saúde, principal dever do Estado inscrito na Constituição, deve ser um dos principais instrumentos para garantir a retomada do papel e fortalecimento do Estado.

Nesse contexto, a revogação das regras fiscais constitucionais e legais que restringem o financiamento das políticas sociais foi reiterada, especialmente as que estabelecem tetos de despesas para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde, na perspectiva de que saúde não é gasto, mas sim investimento. Não há economia sem vida, e não há vida sem garantia de saúde para toda a população como um direito humano.

A reestruturação do modelo de saúde para que a atenção básica seja a ordenadora de toda a rede de cuidados, bem como a necessidade da construção da soberania sanitária, especialmente para proteção da população

diante das pandemias, exige não somente a ampliação de recursos para o SUS, mas também que a alocação desses recursos priorize essa reestruturação do modelo de saúde, o que somente pode ocorrer com o aumento da participação do gasto público em saúde para que seja mais da metade do gasto total, como ocorre em outros países com sistemas universais de saúde.

Nessa perspectiva, é preciso uma reforma tributária justa, social e saudável, que desonere a produção e o consumo, ampliando a taxação sobre renda, patrimônio e riqueza de modo que respeite a capacidade contributiva baseada em tributar mais quem tiver mais patrimônio, renda, riqueza e ampliando a taxação de produtos nocivos à saúde. Isso será mais um fator decisivo para o crescimento e desenvolvimento econômico e social e para mitigar as externalidades causadas ao SUS.

ANEXO II

ORIENTAÇÕES PARA O PLANO PLURIANUAL 2024-2027 E PARA O PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2024-2027 A PARTIR DAS DIRETRIZES APROVADAS NA 17ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DE 02 A 05 DE JULHO DE 2023

1. Defender o Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública, com financiamento adequado e suficiente para as ações e os serviços de saúde, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde, em conformidade com o perfil epidemiológico e as especificidades territoriais, inserida num projeto de nação, que tenha como pilares a democracia, a soberania nacional, o desenvolvimento econômico e sustentável e as liberdades civis e políticas, garantindo o cumprimento do Art. 196 da Constituição Federal de 1988, que estabelece o caráter público e universal do direito à saúde a toda pessoa cidadã, sem distinção, e os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS, garantindo a resolutividade da atenção à saúde, pautada por uma gestão regionalizada, descentralizada e hierarquizada.

2. Garantir o modelo de atenção integral a saúde, público, com financiamento adequado à população negra, às mulheres, homens, LGBTIA+, à pessoa idosa, adolescentes, crianças, pessoas com deficiência, com patologias, doenças crônicas, doenças raras, comunidades e povos tradicionais e população em situação de rua, por meio de ações intra e intersetoriais para promoção, prevenção, reabilitação, considerando as questões geográficas e territoriais.

3. Estruturar Redes de Atenção à Saúde integrais e resolutivas por Regiões de Saúde, ordenadas pela Atenção Básica (AB) em saúde e aos diferentes grupos populacionais em suas demandas e necessidades de saúde, com financiamento tripartite, qualificação do acesso e Educação Permanente, monitoradas pelo controle social em todos os níveis para a garantia dos direitos, da vida e da democracia.

4. Fortalecer o Estado Democrático de Direito e efetivar o Sistema Único de Saúde (SUS) universal e equânime, garantindo a execução do matriciamento eficaz e regular em toda a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com ampliação da participação direta das pessoas usuárias da RAPS e construção de políticas públicas de saúde mental - no âmbito do Controle Social - sob as bases da ética do cuidado humano compartilhado em liberdade e da transparência do Estado, prezando pelo Bem-Viver e pela dignidade do povo brasileiro, em particular pela emancipação das pessoas em processo de sofrimento psíquico, e a inserção e valorização de profissionais das referidas áreas.

5. Orientar o SUS por paradigmas multiculturais desde a Atenção Básica, considerando a diversidade, as especificidades e as desigualdades que mantém grupos populacionais mais vulnerabilizados excluídos de seu direito à saúde, contemplando a pluralidade da população negra brasileira e reconhecendo suas dimensões de gênero, sexualidade, geração, patologia e deficiência, e implementando dispositivos concretos de indução da Política Nacional de Saúde da População Negra com ações macropolíticas (financiamento, regulação, monitoramento e avaliação) e micropolíticas (educação/formação, comunicação e mobilização).

6. Ampliar as formas de acesso à Atenção Básica (AB) em saúde e alcance das equipes desse nível de atenção, com AB protagonista, fortalecida e integrada à vigilância em saúde e à política de saúde bucal, com acesso não-presencial e horário estendido, por meio da incorporação de ferramentas digitais para comunicação não-presencial entre equipe e pessoas, fortalecimento da equipe multiprofissional, além do acesso facilitado e oportuno à vacinação em todos os ciclos de vida, e ações que promovam a comunicação e educação em saúde de modo intersetorial para o combate à

desinformação e o incentivo à vacinação, para recuperar as altas coberturas vacinais.

7. Implementar a Política Nacional de Cuidados Paliativos, com garantia de financiamento, integrada à Rede de Atenção à Saúde, e como componente de cuidado na Atenção Básica em saúde, através da Estratégia de Saúde da Família.

8. Ampliar a articulação da rede de atendimentos da Atenção Básica promovendo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, incluindo a rede de atenção à saúde mental, álcool e drogas, com incentivo à capacitação profissional para o atendimento mais qualificado e humanizado, com a ampliação das equipes de saúde da família e apoio à rede de saúde mental.

9. Fortalecer a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e a Política Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde, para garantir o direito da população ao acesso a medicamentos, vacinas, equipamentos e produtos para a saúde, desenvolvendo políticas públicas voltadas à pesquisa, ao desenvolvimento e à produção, atendendo as necessidades do SUS, estabelecendo a cooperação técnica com universidades e centros de pesquisa, ampliando os laboratórios oficiais, promovendo educação continuada, pesquisa, produção, divulgação científica, desenvolvendo a competência tecnológica nacional, com a inserção e valorização de profissionais da área, além da equipe multiprofissional.

10. Aprimorar a Atenção e Vigilância em Saúde através de mecanismos de financiamento, implementação, monitoramento das ações e serviços de saúde com foco multidisciplinar ao usuário, considerando a diversidade de gênero, raça, deficiência, intergeracionalidade e as especificidades territoriais, visando a plena cobertura; fortalecer a vigilância em saúde com a implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) visando a atuação oportuna e integrada na perspectiva da saúde única.

11. Garantir atenção em saúde às pessoas com sequelas e familiares de vítimas de Covid-19, com planejamento e destinação de recursos.

12. Considerar que os desafios da Saúde da Mulher perpassam a violência de gênero como um dos determinantes do adoecimento, e para seu enfrentamento deve haver combate permanente ao racismo, ao machismo, à misoginia, às desigualdades remuneratórias, dentre outros determinantes sociais do adoecimento e da morte prematura de mulheres, com o redesenho de políticas públicas de humanização para o atendimento multidisciplinar de todo o ciclo de vida feminino, incluindo o ciclo gravídico puerperal, com ampliação do acesso à profissional doula, e considerando as necessidades específicas daquelas que vivem em regiões remotas.

13. Resgatar o protagonismo do país na agenda sanitária internacional, na defesa da solidariedade e da equidade entre os povos e com foco na cooperação Sul-Sul, fortalecendo a integração das políticas e sistemas de vigilância em saúde, ambiente e trabalho dos países das Américas, considerando os processos de preparação e resposta às emergências em saúde pública (epidemiológicas, desastres e desassistência) e os impactos dos riscos ambientais e sociais à saúde.

14. Implementar o SUS através de serviços e servidores públicos, superando todas as formas de privatização na saúde (OS, OSCIP, PP, FEDP, EBSERH), com instituição de cronograma de ações para esse fim.

15. Valorizar e intensificar ações em defesa do SUS, do exercício pleno da democracia, da vida, da diversidade de realidades e da livre determinação das pessoas usuárias, através da mobilização social, combatendo qualquer iniciativa de privatização, terceirização e monetarização das ações e serviços públicos de saúde.

16. Garantir o fortalecimento da rede socioassistencial, a partir da integração entre os Sistemas SUS e SUAS, de forma integral, intersetorial, em articulação com os movimentos sociais, por meio de políticas sociais e econômicas, com infraestrutura assistencial em 100% de acesso e cobertura da AB, assistência social básica, gestão pública direta, humanização do cuidado, acolhimento e escuta qualificada.

17. Estruturação de uma Política Nacional de Comunicação Pública do Sistema Único de Saúde, consolidando-a como política de Estado, e inclusão no Plano Nacional de Saúde.

18. Fortalecer a comunicação estratégica, acessível, transversal, interfederativa e intersetorial com utilização de todos os meios de comunicação e mídias sociais para a difusão de informações sobre as práticas, serviços e políticas de saúde com linguagem acessível e estratégias políticas de disputa de narrativas construídas com base na educação popular em

saúde, valorização da ciência e dos saberes tradicionais.

19. Resgatar a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), reinstalando a equipe técnica da Coordenação Geral de apoio à Educação Popular em Saúde (EPS) no Ministério da Saúde, assim como o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde com composição atualizada e ampliada, a fim de garantir a participação da diversidade de movimentos e instituições que desenvolvem a práxis da educação popular no país.

20. Fortalecer as políticas públicas de imunização e investir em financiamento, recursos e sistemas de informação, para que o sistema de saúde brasileiro possa oferecer serviços de qualidade e acesso universal à saúde. Garantir a execução da integração das políticas e práticas da Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

21. Garantir o acesso à saúde integral da População em Situação de Rua a partir da expansão de equipes de Consultório na Rua e do atendimento humanizado e de qualidade em todos os níveis de atenção: primária, secundária e terciária, com financiamento da saúde pública e estatal e capacitação de todas as pessoas trabalhadoras da saúde em atenção à saúde integral da população em situação de rua.

22. Instalar e implementar ouvidorias do SUS, com infraestrutura física, financeira, humana e tecnológica adequada, no âmbito dos serviços de saúde públicos e privados conveniados ao SUS.

23. Fortalecer o Controle Social do SUS, garantindo Educação Permanente, Educação Continuada e Educação Popular em Saúde, com designação orçamentária nas três esferas de governo.

24. Financiar e promover campanha educativa permanente dirigida a pessoas gestoras, trabalhadoras e usuárias do SUS, de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral LGBTIA+ em conformidade com a legislação vigente.

25. Desenvolver a capacitação profissional e expansão das unidades públicas de saúde da administração direta com o fortalecimento das pactuações regionais assegurando o financiamento do SUS de forma a alcançar sua sustentabilidade e fortalecer os processos de transparência no uso dos recursos públicos.

26. Reorganizar o SUS com planejamento intersetorial e ações transparentes, mapeando e qualificando a força de trabalho, promovendo a redução de déficits profissionais, ampliando o acesso aos serviços de saúde com qualidade e com critérios técnicos, com financiamento adequado nas três esferas de governo, promovendo acesso à assistência para todas as pessoas, com a capacidade de absorção em todos os níveis de atenção.

27. Garantir o financiamento adequado, transparente e suficiente para o desenvolvimento democrático, bem como a sustentabilidade orçamentária do SUS, respeitando as diferenças regionais, o planejamento, o perfil epidemiológico, o demográfico e o socioeconômico, a partir do fortalecimento da Atenção Básica (AB) em saúde e do diagnóstico loco regional, a fim de induzir o planejamento, a regionalização, a construção de redes de atenção.

28. Revogar as regras fiscais que estabelecem teto das despesas primárias, especialmente desvinculando as despesas com ações e serviços públicos de saúde do teto de gastos da União, revisar o pacto federativo, garantindo e regulamentando critérios de transferências federais do Fundo Nacional de Saúde, que garanta maior parcela aos municípios, nos termos da LC 141/2012, inclusive para regulamentar a atualização dos valores e parâmetros de habilitação de novos serviços e reajustes periódicos da tabela SUS, com a ruptura com o subfinanciamento e a política de austeridade neoliberal, para responder às necessidades da população.

29. Aumentar o orçamento do SUS, duplicando os recursos com a soma dos investimentos de União, Estados e Municípios para totalizar o equivalente à 6% do Produto Interno Bruno (PIB) para a saúde pública, por meio da instituição de uma Política Econômica e Política Fiscal que promova a redução da taxa de juros, eleve o piso mínimo federal para Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), progressivamente, inicialmente até o ano de 2027, para R$ 1.000,00 (um mil reais) per capita (a preços de 2021), levando em consideração as necessidades sociais em saúde, que eleve os tributos de produtos nocivos à saúde, de modo a possibilitar o crescimento e a retomada do desenvolvimento com justiça social e o fortalecimento das políticas sociais, em especial da seguridade social no país.

30. Realizar a reforma tributária que inclua a taxação equânime da renda, patrimônio e

riqueza, e taxação de produtos nocivos à saúde, para fortalecer o SUS e também a Seguridade Social com fontes específicas de financiamento.

31. Ampliar a participação da União no gasto público em saúde, com reorganização do pacto federativo, para que o gasto público corresponda no mínimo a 60% do gasto total em saúde.

32. Garantir o Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS) como uma política de Estado sistêmica e comprometida com as demandas da sociedade brasileira e com o tratamento isonômico entre diferentes atores-atrizes envolvidas, a fim de garantir o acesso universal, equânime e integral a tecnologias que aumentem a qualidade de vida das pessoas e assegurem o desenvolvimento produtivo e de inovação no país, para redução da dependência tecnológica, com a participação dos diferentes atores envolvidos na construção do CEIS, de modo a assegurar respeito aos princípios democráticos que regem o SUS.

33. Reafirmar o Controle Social como instância fiscalizadora e deliberativa de políticas públicas e serviços básicos na área social e do SUS, com implementação de conselhos locais e garantia do/a usuário/a no centro do cuidado em saúde e na formulação de políticas públicas, de forma ampla e especializada, visando a reconstrução nacional com democracia, participação popular e social e transparência como fundamentos em todos os atos de gestão nas três esferas de governo, incorporando o contexto da saúde digital brasileira.

34. Construir articulação e mobilização intersetorial e multidisciplinar entre o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais de Saúde, visando a integração, ensino, serviços e comunidades para monitoramento e interlocução das políticas públicas de saúde.

35. Fomentar a representatividade da população negra nos espaços de participação e Controle Social, para desenvolvimento de estratégias de informação e comunicação, com garantia de recursos financeiros, capacitação, formação continuada, educação popular e educação permanente para implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

36. Articular a criação do Fórum Nacional Temático da Covid-19 por reparação, responsabilização e memória da Covid-19, visando o fortalecimento dos Fóruns Temáticos da Covid-19, como arranjo institucional entre movimentos sociais e representantes das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, bem como, dos Ministérios da Saúde, da Justiça e Segurança Pública, de Direitos Humanos e Cidadania e a Secretaria-Geral da Presidência da República.

37. Fortalecer o Controle Social nas pautas coletivas através de fóruns, redes, movimentos sociais, povos, populações e comunidades tradicionais, como forma de monitorar e garantir o acesso à saúde digna e plural, ao Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), e a qualidade de vida, considerando a diversidade de gênero, etino racial e geográfica dos territórios.

38. Estruturar de forma transversal as políticas de saúde, reconhecendo a interseccionalidade dos Determinantes Sociais de Saúde, com especial atenção à raça, identidade de gênero, intergeracionalidade, sexualidade, classe social, povos indígenas e comunidades tradicionais, pessoas com deficiência, populações do campo, florestas, água, cerrado e cidades, que impactam desigualmente em seus nos modos de vida e trabalho, como orientadora das políticas, estratégias, ações e serviços do SUS, tendo como princípios a defesa da democracia, sustentabilidade do ambiente e a equidade.

39. Estabelecer políticas públicas, intersetoriais e transversais, voltadas para o cuidado humanizado e integral, reconhecendo e atuando na sobreposição de exclusões que incidem sobre as populações vulnerabilizadas, negras, em situação de rua, mulheres, quilombolas, indígenas, LGBTIA+, populações do campo, das águas e da floresta, população de baixa renda, pessoas com deficiência, pessoas com patologias, pessoas com doenças crônicas, pessoas com doenças raras, pessoas neurodivergentes, pessoas idosas, respeitando as especificidades das suas demandas e o princípio da equidade, em especial aquelas pessoas afetadas pela pandemia.

40. Enfrentar o racismo, a intolerância religiosa, o patriarcado, a LGBTIA+fobia, o capacitismo, a aporofobia, a violência aos povos indígenas e todas as formas de violência e aniquilação do/a outro/a.

41. Efetivar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, considerando os atravessamentos do racismo estrutural visando a construção do Estado-Nação antirracista ao enfrentar políticas públicas neoliberais, tais como abertura do SUS à exploração pelo capital estrangeiro, conforme

o Art. nº 142 da Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

42. Implementar Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Quilombola em âmbito federal, estadual e municipal, de modo a observar as especificidades em saúde da população quilombola, respeitando e valorizando os saberes e práticas de cuidado em saúde da medicina tradicional e ancestral quilombola, promovendo a equidade em saúde e garantindo a sua implementação, avaliação e monitoramento.

43. Ampliar o acesso da população quilombola à saúde nos três níveis de atenção, com foco prioritário à Atenção Básica de base territorial adentrando as comunidades quilombolas e respeitando seus saberes e práticas de saúde ancestrais e tradicionais da medicina quilombola, com um novo modelo de saúde que seja antirracista e considere as especificidades da saúde quilombola, estabelecendo arranjos de políticas públicas, intersetoriais e transversais, voltados para o cuidado integral das pessoas afetadas pela pandemia, reconhecendo e atuando na sobreposição de exclusões que incidiram sobre as populações.

44. Atualizar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT para LGBTIA+ e definir as linhas de cuidado, em todos os ciclos de vida, contemplando os diversos corpos, práticas, existências, as questões de raça, etnia, classe, identidade de gênero, orientação sexual, deficiência, pessoas intersexo, assexuais, pansexuais e não binárias, população em restrição de liberdade, em situação de rua, de forma transversal, e integração da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; revisão da cartilha de pessoas trans, caderneta de gestante, pré-natal, com foco não binário; com a garantia de acesso e acompanhamento da hormonioterapia em populações de pessoas travestis e transgêneras, pesquisas, atualização dos protocolos e redução da idade de início de hormonização para 14 anos.

45. Garantir os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres, meninas e pessoas que podem gestar tendo por base a justiça reprodutiva e atenção à saúde segundo os princípios do SUS, considerando os direitos das pessoas que menstruam e daquelas que estão na menopausa e em transição de gênero, tendo em conta, no sistema de saúde, a equidade, igualdade com interseccionalidade de gênero, raça/etnia, deficiência, lugar social e outras.

46. (Re)conhecer as manifestações da cultura popular dos povos tradicionais de matriz africana e as Unidades Territoriais Tradicionais de Matriz Africana (terreiros, terreiras, barracões, casas de religião, etc.) como equipamentos promotores de saúde e cura complementares do SUS, no processo de promoção da saúde e 1ª porta de entrada para os que mais precisavam e de espaço de cura para o desequilíbrio mental, psíquico, social, alimentar e com isso respeitar as complexidades inerentes às culturas e povos tradicionais de matriz africana, na busca da preservação, instrumentos esses previstos na política de saúde pública, combate ao racismo, à violação de direitos, à discriminação religiosa, dentre outras.

47. Fortalecer o protagonismo popular nos territórios do SUS na perspectiva da promoção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis, contribuindo com o planejamento participativo, estratégico e ascendente em saúde, com diagnósticos participativos de base comunitária, visando a identificação e a superação de vulnerabilidades sanitárias, socioeconômicas e ambientais.

48. Combater o *idadismo estrutural*, a violência contra a pessoa idosa, as desigualdades, a invisibilidade dos segmentos mais vulnerabilizados e promover a intergeracionalidade, visando garantir o direito a envelhecer para todas as pessoas.

49. Garantir a intersetorialidade nas ações de saúde para o combate às desigualdades estruturais e históricas, com a ampliação de políticas sociais e de transferência de renda, com a legalização do aborto e a legalização da maconha no Brasil.

50. Criar a Carreira Única Interfederativa, com financiamento tripartite, piso salarial nacional para todas as categorias profissionais, com contratação exclusiva por concurso público, combate à terceirização, valorização das pessoas trabalhadoras da saúde e priorização das que trabalham no território, ampliação das políticas de educação permanente, atendendo as reais necessidades da população brasileira.

51. Fomentar o trabalho decente e a desprecarização de vínculos trabalhistas para profissionais do SUS, incluindo profissionais dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's), por meio do fortalecimento e integração ensino-serviço-comunidade e o controle social no SUS, dialogando com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da

Trabalhadora (PNSTT) de acordo com a Portaria GM/MS nº1.823/2012.

52. Fortalecer a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Portaria GM/MS n° 1823/2012), superando os conflitos, contradições e relações de poder que permeiam a organização da produção e o processo de trabalho, com promoção, proteção e atuação na reabilitação da saúde de trabalhadores e trabalhadoras, em articulação com a Política Nacional de Vigilância em Saúde, em todos os níveis de atenção à saúde, tendo a Atenção Básica como porta de entrada do serviço e em diálogo com a Rede Nacional de Atenção à Saúde dos(as) trabalhadores(as) (RENAST), envolvendo a participação dos(as) trabalhadores (as), para criar condições para proteger efetivamente a saúde dos que sustentam o nosso país.

53. Adotar e potencializar a educação permanente em saúde como política pública estruturante do desenvolvimento do trabalho e dos trabalhadores, como proposta pedagógica para a formação e como estratégia para a integração ensino-serviço na saúde, incorporando-se as dimensões do quadrilátero da formação (educação, atenção, gestão e participação) e o contexto das diversidades territoriais e humanas na construção de todos os projetos educativos em implicação com o SUS.

54. Desenvolver estratégias para a formação multiprofissional em saúde, prioritariamente em regiões de vazio assistencial e de maior vulnerabilidade, garantindo mecanismos promotores para a fixação destes no SUS e nas próprias regiões.

55. Valorizar as residências em área profissional da saúde como parte das políticas inclusivas, seja pela garantia de acesso e permanência de residentes por sistema de reserva de vagas, seja pelo enriquecimento curricular segundo incorporação das políticas de saúde de enfrentamento das iniquidades e de respeito à diversidade humana, assim como assumir a formação por meio das residências como parte da carreira no sistema sanitário nacional e na construção de respostas à resolutividade assistencial, acolhimento universal e cidadania em saúde.

56. Fortalecer a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, estruturando uma rede de ensino-serviço-comunidade capaz de induzir a formação de trabalhadores e trabalhadoras contextualizada com a realidade e diretrizes do SUS, contemplando a interiorização da formação, provimento e fixação de trabalhadores e trabalhadoras em áreas remotas e sujeitas à vulnerabilização social.

57. Fortalecer e ampliar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS, como expressão do direito humano à saúde e democratização das estratégias de atenção.

58. Concretizar a saúde digital com caráter público e financiamento, reforçando a garantia do fortalecimento dos níveis de atenção em saúde a partir da incorporação de tecnologias digitais ao SUS.

59. Efetivar o Modelo Biopsicossocial da Deficiência na Saúde por meio de: regulamentação, implementação e participação do SUS na aplicação do instrumento de avaliação biopsicossocial da deficiência; atualizar as diretrizes curriculares de cursos da área da saúde e incluir na Educação Permanente em Saúde a perspectiva de direitos humanos, incluindo o modelo social da deficiência; garantir a participação e a representação da população com deficiência na construção e efetivação de políticas públicas de saúde; combater o capacitismo na saúde; e atuar no reconhecimento do direito das pessoas com deficiência à atenção à saúde integral, de qualidade e humanizada nas ações e políticas universais de saúde.

2. Legislação do Estado do Rio de Janeiro

2.1. Lei Complementar nº 152/2013 (CES/RJ)

Lei Complementar nº 152, de 18 de novembro de 2013.

Estrutura, regulamenta, consolida e dá outras atribuições ao Conselho Estadual de Saúde, de que trata o inciso IV do art. 289 da Constituição do Estado do Rio de Janeiro.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro - CES/RJ, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço da área de saúde, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Art. 2º O Conselho Estadual de Saúde - CES/RJ tem como diretrizes, além da gestão participativa e do controle social, a busca pela melhoria no acesso do cidadão ao SUS, a harmonia de ações nos municípios e regiões de saúde e a ampliação da participação efetiva do usuário no SUS.

Art. 3º O Conselho Estadual de Saúde possui as seguintes atribuições:

I - acompanhar o planejamento do Sistema Único de Saúde - SUS do Rio de Janeiro;

II - participar da elaboração e deliberar sobre o plano estadual de saúde e fiscalizar sua execução;

III - fiscalizar a política estadual de saúde e a execução orçamentária da secretaria estadual da saúde;

IV - (Vetado);

V - definir diretrizes para a elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços, independente do vínculo firmado com o Poder Público;

VI - convocar a cada 04 (quatro) anos a Conferência Estadual de Saúde, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo poder executivo ou, extraordinariamente, pelo conselho de saúde;

VII - elaborar e aprovar em Plenário ser Regimento Interno, o qual após ser homologado pelo Secretário de Estado de Saúde deverá ser encaminhado à Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro - ALERJ;

VIII - Apresentar proposta orçamentária para a operacionalização do CES à autoridade competente da Secretaria de Estado de Saúde, indicando os recursos necessários ao seu regular funcionamento;

IX - receber, analisar e, obrigatoriamente, encaminhar aos órgãos competentes as denúncias de irregularidades no SUS formuladas por conselheiros, conselhos municipais de saúde, por representações da sociedade civil organizada, ou por qualquer cidadão;

X - fomentar o desenvolvimento dos conselhos municipais de saúde e fiscalizar a legalidade das respectivas composições e atuações, incluída nesta a efetiva realização de Conferência Municipal, podendo requisitar informações e esclarecimentos à instância denunciada;

XI - fomentar fóruns regionais, de caráter colegiado e propositivo, sem qualquer subordinação entre as instâncias, para o desenvolvimento do controle social, nas regiões de saúde, com a presença dos respectivos conselhos municipais de saúde;

XII - apreciar os termos de constituição dos consórcios intermunicipais de saúde, acompanhar e fiscalizar sua execução, podendo requisitar informações, cópia de atos de constituição e outros documentos necessários ao cumprimento de suas atribuições e das normas do SUS, independente da origem do financiamento público;

XIII - outras atribuições definidas em legislação nacional, que se refiram ao controle social do sistema único de saúde - SUS;

XIV - deliberar sobre os programas de saúde, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando os em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde;

XV - proceder a revisão periódica do plano estadual de saúde;

XVI - sugerir medidas que visem ao aperfeiçoamento das ações e serviços de saúde, incluindo a avaliação e proposição de uma política de recursos humanos para a área de saúde no âmbito do SUS no Estado do Rio de Janeiro;

XVII - promover seminários e debates a respeito de assuntos relativos à saúde;

XVIII - estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;

XIX - avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS;

XX - analisar, discutir e aprovar o relatório da gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento;

XXI - estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas, na área de saúde, pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS);

XXII - acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de saúde.

§ 1º Os órgãos estaduais deverão prestar todo o auxílio técnico e gerencial necessário para que o CES exerça suas atribuições.

§ 2º Caso os municípios não constituam os Conselhos Municipais de Saúde e não realizem as Conferências Municipais de Saúde, de acordo com a legislação vigente, o CES poderá propor ao gestor estadual a suspensão ou redução de transferência voluntária de recursos na área de saúde para o Município, até que a irregularidade seja sanada, sem prejuízo do condicionamento previsto no § 2º do artigo 26, da Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012.

§ 3º O valor das diárias e ajudas de custo variará conforme as especificidades do local visitado, respeitados os limites previstos para o funcionalismo público.

Art. 4º O CES/RJ terá a seguinte composição, garantida a paridade dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos, assim distribuídos:

I - 50% (cinquenta por cento) de representantes dos usuários;

II - 25% (vinte e cinco por cento) de representantes dos profissionais (trabalhadores) de saúde;

III - 25% (vinte e cinco por cento) de representantes da gestão e dos prestadores de serviço (público e/ou privado).

Art. 5º O CES/RJ reunir-se-á, ordinariamente, no mínimo a cada 30 (trinta) dias em local definido e extraordinariamente quando convocado por seu Presidente, pela Gestão Estadual ou, pelo menos, por 1/3 (um terço) de seus membros ou pela Comissão Executiva.

Parágrafo único. As sessões do conselho serão deliberativas e instaladas com a presença da maioria absoluta de seus membros, assim compreendido o quórum de metade mais um, do total de membros integrantes do conselho.

Art. 6º O CES/RJ será composto por 36 (trinta e seis) representantes, com o mesmo número de suplentes, com a seguinte distribuição:

I - 09 (nove) representantes dos gestores e dos prestadores de serviços de saúde públicos e privados com atuação no Sistema Único de Saúde - SUS, com a seguinte composição: 5 (cinco) da SES, 2 (dois) do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro COSEMS - RJ, 2 (dois) dos prestadores, indicados respectivamente pelo Secretário da SES-RJ, Presidência do COSEMS-RJ e órgãos de representatividade dos serviços de saúde do SUS;

II - 09 (nove) representantes dos profissionais da área de saúde;

III - 18 (dezoito) representantes dos usuários, sendo 9 (nove) representantes de cada região de saúde, oriundos dos Conselhos Municipais de Saúde.

§ 1º Para efeito de aplicação desta lei, definem-se como:

I - entidades e movimentos sociais estaduais de usuários do SUS: aqueles que tenham atuação e representação em, pelo menos, um terço dos municípios e duas regiões de saúde;

II - entidades estaduais de profissionais de saúde: aquelas que tenham atuação na área da saúde e representação em, pelo menos, um terço dos municípios e em duas regiões de saúde, vedada a participação de entidades de representantes de especialidades profissionais;

III - entidades estaduais de prestadores de serviços de saúde: aquelas que congreguem hospitais, estabelecimentos e serviços de saúde públicos e/ou privados, com ou sem fins lucrativos, e que tenham atuação e representação em, pelo menos, um terço dos municípios e em duas regiões de saúde.

§ 2º Os representantes dos usuários atenderão as seguintes diretrizes:

I - serão destinadas 5 (cinco) vagas aos representantes das patologias de maior prevalência/incidência no território estadual, segundo critérios da vigilância epidemiológica;

II - será destinada 1 (uma) vaga aos representantes das demais patologias, independente da prevalência/incidência no território estadual, em rodízio;

III - será destinada 1 (uma) vaga aos representantes dos trabalhadores em atividade e aposentados, de setores outros, que não o da saúde;

IV - serão destinadas 2 (duas) vagas aos representantes dos usuários residentes no território estadual, ou das respectivas associações;

V - os Conselhos Municipais de Saúde indicarão 9 (nove) membros, para fins de representação de cada uma das regiões de saúde no Estado;

VI - os conselheiros representantes dos usuários serão eleitos para mandatos de 3 anos.

§ 3º Os representantes dos profissionais (trabalhadores) de saúde atenderão as seguintes diretrizes:

I - serão destinadas 3 (três) vagas aos representantes de classe com maior representatividade na força de trabalho no SUS;

II - será destinada 1 (uma) vaga por rodízio entre os representantes de classe, a fim de garantir a representação daqueles não previstos no inciso anterior;

III - serão destinadas 3 (três) vagas aos Conselhos Profissionais com maior representatividade na força de trabalho no SUS;

IV - será destinada 1 (uma) vaga por rodízio entre os Conselhos Profissionais, a fim de garantir a representação daqueles não previstos no inciso anterior;

V - uma vaga será preenchida, por rodízio, por qualquer representante devidamente eleito, sendo dada preferência a representante não previsto nas demais vagas.

§ 4º O CES poderá convidar entidades, autoridades, universidades, cientistas e técnicos nacionais ou estrangeiros, para colaborarem em estudos.

§ 5º O processo de escolha dos representantes e suplentes das entidades e movimentos componentes do CES, com exceção dos representantes da gestão, será definido pelo Regimento Eleitoral.

§ 6º Somente poderão participar do processo eleitoral, como eleitor ou candidato, as entidades que tenham, no mínimo, dois anos de comprovada existência.

§ 7º O Regimento Eleitoral, será criado e aprovado por deliberação do Plenário do CES no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contado da data de publicação desta lei, será enviado ao Secretário de Estado para homologação e publicação no Diário Oficial em forma de Resolução.

Art. 7º O Conselheiro do CES/RJ terá mandato de 3 (três) anos, a contar de sua posse, permitida apenas uma recondução, independente da entidade ou movimento social que representa.

Art. 8º As funções de membro do CES não serão remuneradas, considerando-se seu exercício como de relevante serviço público.

§ 1º Para fins de justificativa nos órgãos competentes, o CES poderá emitir declaração de participação de seus membros durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas.

§ 2º O exercício da função de Conselheiro se pauta na liberdade de expressão, com observância dos princípios da administração pública e dos deveres de assiduidade, urbanidade de tratamento e zelo pela boa utilização e conservação do material que lhe for confiado, sem prejuízo de outros previstos em Regimento ou na legislação.

§ 3º O descumprimento dos deveres poderá acarretar a aplicação de sanções pelo Pleno, de suspensão de participação de assembleias à perda do mandato, cujo procedimento será disciplinado no Regimento Interno, atendidos os princípios da proporcionalidade, do contraditório e da ampla defesa.

§ 4º Aplica-se aos conselheiros o Código de Ética dos servidores, no que couber.

§ 5º Fica vedado o mandato de Conselheiro Estadual de Saúde nas seguintes hipóteses:

I - se pertencente ao segmento de profissionais de saúde, estiver ocupando cargo comissionado de direção no serviço público estadual, municipal e/ou federal; e, se pertencente ao segmento de usuários, quando sua instituição preste serviço remunerado e/ou receba qualquer tipo de incentivo financeiro, através de projetos ou convênios com o Governo do Estado e/ou Município, ou quando seu representante seja servidor da saúde;

II - possuir condenação judicial em segunda instância, por malversação de recursos públicos ou por outro ato de improbidade administrativa;

III - se profissional de saúde (segmento dos trabalhadores) pretender representa o segmento de usuários.

§ 6º Sobrevindo qualquer das hipóteses previstas no parágrafo 5º, o conselheiro perderá o mandato.

Art. 9º A presidência do CES-RJ será eleita pelos votos dos conselheiros, será ocupada em rodízio pelos 3 (três) segmentos, e o mandato em cada segmento será pelo período de 1 (hum) ano.

§ 1º Publicada a Lei e realizada eleição, o primeiro segmento a ocupar a Presidência do CES-RJ será o. de gestor/prestador de serviço de saúde, sendo o Secretário da SES-RJ o Presidente nato desse segmento.

§ 2º O segmento a ocupar a Presidência a seguir será o de usuários. O Presidente deverá ser escolhido, por eleição, entre seus pares.

§ 3º A seguir a presidência será ocupada pelo segmento dos profissionais de saúde. O Presidente deverá ser escolhido, por eleição, entre seus pares.

§ 4º A Secretaria de Estado de Saúde é membro nato, de participação obrigatória no Plenário do CES.

Art. 10. O conselheiro titular, ou o respectivo suplente, que deixar de comparecer a 3 (três) reuniões consecutivas ou 6 (seis) intercaladas no período de 1 (um) ano, perderá o mandato.

Parágrafo único. Caso a representação (entidade ou movimento) reincida na falta, perderá o mandato.

Art. 11. A decisão do Conselho Estadual de Saúde é consubstanciada em Deliberação, Recomendação ou Moção.

Parágrafo único. O Secretário de Estado da Saúde deverá homologar a Deliberação ou apresentar negativa motivada, no prazo de 30 (trinta) dias contados do primeiro dia útil do recebimento.

Art. 12. Os membros do Conselho Estadual de Saúde serão nomeados por ato próprio do Chefe do Poder Executivo.

Parágrafo único. Após a nomeação mencionada no caput deste artigo, a relação dos membros efetivos e suplentes deverá ser encaminhada à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, através de sua Comissão de Saúde.

Art. 13. Cabe ao CES deliberar no âmbito de suas atribuições e competência sobre questões em que for omissa esta Lei.

Art. 14. Fica mantida a atual composição do Conselho Estadual de Saúde, eleita na última Plenária de Eleição, até a posse dos próximos conselheiros. Parágrafo Único - Será realizada eleição em até 60 (sessenta) dias contados da publicação desta lei.

Art. 15. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário, especialmente as Leis Complementares nº 71 de 15 de janeiro de 1991; 76 de 28 de janeiro de 1993; 82 de 22 de janeiro de 1996 e 125 de 15 de janeiro de 2009.

Rio de Janeiro, 18 de novembro de 2013.

SÉRGIO CABRAL
Governador

DOERJ de 19.11.2013

3. Legislação do Município do Rio de Janeiro

3.1. Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro

PREÂMBULO

NÓS, representantes do povo carioca, constituídos em Poder Legislativo Orgânico, reunidos no Palácio Pedro Ernesto, sede da Câmara Municipal do Rio de Janeiro, dispostos a assegurar à população do Município a fruição dos direitos fundamentais da pessoa humana e o acesso à igualdade, à justiça social, ao desenvolvimento e ao bem-estar, numa sociedade solidária, democrática, policultural, pluriétnica, sem preconceitos nem discriminação, no exercício das atribuições que nos confere o art. 29 da Constituição da República Federativa do Brasil e o art. 342 da Constituição do Estado do Rio de Janeiro, sob a proteção de Deus, promulgamos a seguinte LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.

TÍTULO I
DOS PRINCÍPIOS E DIREITOS FUNDAMENTAIS

CAPÍTULO I
DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Art. 1º O Município do Rio de Janeiro é a expressão e o instrumento da soberania do povo carioca e de sua forma de manifestação individual, a cidadania.

Art. 2º Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Lei Orgânica.

Art. 3º A soberania popular se manifesta quando a todos são asseguradas condições dignas de existência, e será exercida:

I - pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto com valor igual para todos;

II - pelo plebiscito;

III - pelo referendo;

IV - pela iniciativa popular no processo legislativo;

V - pela participação nas decisões do Município;

VI - pela ação fiscalizadora sobre a administração pública.

Art. 4º O Município promoverá os valores que fundamentam a existência e a organização do Estado brasileiro, resguardando a soberania da Nação e de seu povo, a dignidade da pessoa humana, o caráter social do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo, visando à edificação de uma sociedade livre, justa e fraterna, isenta do arbítrio e de preconceitos de qualquer espécie e assentada no regime democrático.

CAPÍTULO II
DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS
[....]

Art. 9º O Município assegurará e estimulará, em órgãos colegiados, nos termos da lei, a participação da coletividade na formulação e execução de políticas públicas e na elaboração de planos, programas e projetos municipais.

[....]
TÍTULO III
DA ORGANIZAÇÃO DOS PODERES
[....]
CAPÍTULO III
DO PODER EXECUTIVO

[....]
SEÇÃO VI
DOS AUXILIARES DIRETOS DO PREFEITO
[....]
SUBSEÇÃO III
DOS CONSELHOS MUNICIPAIS

Art. 126. O Município manterá Conselhos como órgãos de assessoramento à administração pública.

Parágrafo único. A lei definirá a composição, atribuições, deveres e responsabilidades dos Conselhos, nos quais se assegurará a participação das entidades representativas da sociedade civil.

Art. 127. Os Conselhos terão por finalidade auxiliar a administração pública na análise, planejamento, formulação e aplicação de políticas, na fiscalização das ações governamentais e nas decisões de matéria de sua competência.

§ 1º Os Conselhos terão caráter exclusivamente consultivo, salvo quando a lei lhes atribuir competência normativa, deliberativa ou fiscalizadora.

§ 2º Os Conselhos terão dotação orçamentária específica e infraestrutura adequada à realização de seus objetivos.

[....]
Art. 133. É vedada a remuneração, a qualquer título, pela participação nos Conselhos Municipais, que será considerada como serviço público relevante.

Parágrafo único. Não se aplica ao Conselho Municipal de Educação a vedação de remuneração estabelecida neste artigo.

[....]

TÍTULO V
DA TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL, DA RECEITA E DESPESA E DO ORÇAMENTO

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 246. Constituem recursos financeiros do Município:

I - o produto da arrecadação dos tributos de sua competência;

II - o produto da arrecadação dos tributos da competência da União e do Estado que lhe é atribuído pela Constituição da República;

III - as multas decorrentes do exercício do poder de polícia;

IV - as rendas provenientes de concessões, cessões e permissões instituídas sobre seus bens;

V - o produto da alienação de bens dominicais;

VI - as doações e legados, com ou sem encargos, aceitos pelo Município;

VII - as receitas de seus serviços;

VIII - outros ingressos definidos em lei e eventuais.

Art. 247. O exercício financeiro abrange as operações relativas às despesas e receitas autorizadas por lei, dentro do respectivo ano financeiro, bem como todas as alterações verificadas no patrimônio municipal, decorrentes da execução do orçamento.

[....]

CAPÍTULO III
DOS ORÇAMENTOS

Art. 254. São leis de iniciativa do Poder Executivo as que estabelecerão:

I - o plano plurianual; (Redação dada pela Emenda à Lei Orgânica nº 12, de 2002)

II - as diretrizes orçamentárias;

III - o orçamento anual.

§ 1º A lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública municipal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada. (Redação dada pela Emenda à Lei Orgânica nº 12, de 2002)

§ 2º A lei de diretrizes orçamentárias compreenderá as metas e prioridades da administração pública municipal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da lei orçamentária e disporá sobre as alterações na legislação tributária. (Redação dada pela Emenda à Lei Orgânica nº 12, de 2002)

§ 3º A lei orçamentária anual compreenderá:

I - o orçamento fiscal referente aos Poderes Municipais, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta, indireta e fundacional;

II - o orçamento de investimentos das empresas em que o Município, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto; (Redação dada pela Emenda à Lei Orgânica nº 12, de 2002)

III - o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público; (Redação dada pela Emenda à Lei Orgânica nº 12, de 2002)

IV - (Revogado pela Emenda à Lei Orgânica nº 12, de 2002)

§ 4º O projeto de lei orçamentária será acompanhado de demonstrativo regionalizado do efeito, sobre as receitas e despesas, decorrente de isenções, anistias, remissões, subsídios e benefícios de natureza financeira e tributária. (Redação dada pela Emenda à Lei Orgânica nº 12, de 2002)

§ 5º O plano plurianual, as diretrizes orçamentárias e os orçamentos anuais integram um processo contínuo de planejamento e deverão estabelecer as metas dos programas municipais por regiões, segundo critério populacional, utilizando indicadores sanitários, epidemiológicos, ambientais, de infraestrutura urbana, de moradia e de oferta de serviços públicos, visando a implementar a função social da Cidade garantida nas diretrizes do plano diretor, conforme disposto no Capítulo V, do

Título VI, desta Lei Orgânica. (Redação dada pela Emenda à Lei Orgânica nº 12, de 2002)

§ 6º Os orçamentos previstos no § 3º, compatibilizados com o plano plurianual, terão entre suas funções a de reduzir desigualdades entre as diversas áreas e subáreas de planejamento do território do Município. (Redação dada pela Emenda à Lei Orgânica nº 12, de 2002)

§ 7º A lei orçamentária anual não conterá dispositivo estranho à previsão da receita e à fixação da despesa, ~~*não se excluindo da proibição a autorização para abertura de créditos suplementares e contratação de operações de créditos, ainda que por antecipação de receita*~~, nos termos da lei. (Declarada a Inconstitucionalidade na RI nº 02/1992 da expressão grifada)

§ 8º Nos orçamentos anuais serão discriminados separadamente os percentuais e as verbas destinadas a cada secretaria, fundação, autarquia, companhia ou empresa, salvo nos casos em que estiverem subordinadas ou vinculadas a uma secretaria.

§ 9º Na mensagem relativa ao projeto de lei orçamentária anual o Poder Executivo indicará:

I - as prioridades dos órgãos da administração direta e indireta e suas respectivas metas, incluindo a despesa de capital para o exercício subsequente;

II - as alterações a serem efetuadas na legislação tributária.

Art. 255. Os projetos de lei relativos ao plano plurianual, às diretrizes orçamentárias, ao orçamento anual e aos créditos adicionais serão apreciados pela Câmara Municipal, garantida a participação popular na sua elaboração e no processo da sua discussão. (Redação dada pela Emenda à Lei Orgânica nº 12, de 2002)

§ 1º Para fins do disposto neste artigo, são considerados órgãos de participação popular:

I - os diferentes conselhos municipais de caráter consultivo ou deliberativo;

II - as entidades legais de representação da sociedade civil;

III - as diferentes representações dos servidores junto à administração municipal.

§ 2º A participação das entidades legais de representação da sociedade civil a que se refere o parágrafo anterior poderá ser feita através de reuniões convocadas pelo Poder Público.

§ 3º Caberá à Câmara Municipal organizar debates públicos entre as secretarias municipais e a sociedade civil, para discussão dos projetos referidos neste artigo, durante o seu processamento legislativo. (Redação dada pela Emenda à Lei Orgânica nº 12, de 2002)

§ 4º Caberá à comissão permanente da Câmara Municipal a que se referem os arts. 90 e 97: (Incluído pela Emenda à Lei Orgânica nº 12, de 2002)

I - examinar e emitir parecer sobre os projetos referidos neste artigo e sobre as contas apresentadas anualmente pelo Prefeito;

II - examinar e emitir parecer sobre os planos e programas municipais, locais e setoriais previstos nesta Lei Orgânica e exercer o acompanhamento e a fiscalização orçamentária, sem prejuízo da atuação das demais comissões, criadas de acordo com o art. 64.

§ 5º As emendas serão apresentadas na Comissão, que sobre elas emitirá parecer, e apreciadas, na forma regimental, pelo Plenário. (Incluído pela Emenda à Lei Orgânica nº 12, de 2002)

§ 6º As emendas ao projeto de lei do orçamento anual ou aos projetos que o modifiquem somente podem ser aprovadas caso: (Incluído pela Emenda à Lei Orgânica nº 12, de 2002)

I - sejam compatíveis com o plano plurianual e com a lei de diretrizes orçamentárias;

II - indiquem os recursos necessários, admitidos apenas os provenientes de anulação de despesa, excluídas as que incidam sobre:

a) dotação para pessoal e seus encargos;

b) serviço da dívida; ou

III - sejam relacionadas:

a) com a correção de erros ou omissões; ou

b) com os dispositivos do texto do projeto de lei.

§ 7º As emendas ao projeto de lei de diretrizes orçamentárias não poderão ser aprovadas quando incompatíveis com o plano plurianual. (Incluído pela Emenda à Lei Orgânica nº 12, de 2002)

Art. 256. São vedados:

I - o início de programa ou projeto não incluídos na lei orçamentária anual;

II - a realização de despesas ou assunção de obrigações diretas que excedam os créditos orçamentários ou adicionais;

III - a realização de operações de crédito que excedam o montante de despesas de capital, ressalvadas as autorizadas mediante créditos suplementares ou especiais, com finalidade precisa, aprovados pela maioria absoluta da Câmara Municipal;

IV - a abertura de crédito suplementar ou especial sem a prévia autorização legislativa e sem indicação dos recursos correspondentes;

V - a transposição, o remanejamento ou a transferência de recursos de uma categoria de programa para outra, ou de um órgão para outro, sem prévia autorização ou previsão na lei orçamentária;

VI - a concessão ou utilização de créditos ilimitados;

VII - a utilização, sem autorização legislativa específica, dos recursos do orçamento fiscal e da seguridade social, para suprir necessidade ou cobrir déficit de empresas, fundações e fundos;

VIII - a instituição de fundos de qualquer natureza, sem prévia autorização legislativa;

IX - a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvada a destinação de recursos para manutenção e desenvolvimento do ensino, como determinado pelo art. 212 da Constituição da República, e a prestação de garantia às operações de crédito por antecipação de receita previstas no art. 165, § 8º, da Constituição da República;

X - a paralisação de programas ou projetos já iniciados, nas áreas de educação, saúde e habitação, havendo recursos orçamentários específicos ou possibilidade de suplementação dos mesmos, quando se tenham esgotado.

§ 1º Nenhum investimento cuja execução ultrapasse um exercício financeiro poderá ser iniciado sem prévia inclusão no plano plurianual ou sem lei que o autorize, sob pena de responsabilidade. (Redação dada pela Emenda à Lei Orgânica nº 12, de 2002)

§ 2º Os créditos especiais e extraordinários terão vigência no exercício financeiro em que forem autorizados, salvo se o ato de autorização for promulgado nos últimos quatro meses daquele exercício, caso em que, reabertos nos limites de seus saldos, serão incorporados ao orçamento do exercício financeiro subsequente.

§ 3º A abertura de crédito extraordinário somente será admitida para atender às despesas imprevisíveis e urgentes, como as decorrentes de comoção interna ou calamidade pública.

Art. 257. Os recursos correspondentes às dotações orçamentárias, compreendidos os créditos suplementares e especiais destinados à Câmara Municipal e ao Tribunal de Contas, ser-lhes-ão entregues até o dia 20 de cada mês.

Art. 258. Os projetos de lei do plano plurianual, das diretrizes orçamentárias e do orçamento anual serão enviados pelo Prefeito à Câmara Municipal, nos termos da lei complementar a que se refere o art. 165, § 9º, da Constituição da República. (Redação dada pela Emenda à Lei Orgânica nº 12, de 2002)

Parágrafo único. Até a entrada em vigor da lei complementar mencionada no caput, serão obedecidas as seguintes regras: (Redação dada pela Emenda à Lei Orgânica nº 12, de 2002)

I - o projeto de plano plurianual, para vigência até o final do primeiro exercício financeiro do mandato executivo subsequente, será encaminhado até quatro meses antes do encerramento do primeiro exercício financeiro e devolvido para sanção até o encerramento da sessão legislativa; (Redação dada pela Emenda à Lei Orgânica nº 12, de 2002)

II - o projeto de lei de diretrizes orçamentárias será encaminhado até oito meses e meio antes do encerramento do exercício financeiro e devolvido para sanção até o encerramento do primeiro período da sessão legislativa; e (Redação dada pela Emenda à Lei Orgânica nº 12, de 2002)

III - o projeto de lei orçamentária será encaminhado até três meses antes do encerramento do exercício financeiro e devolvido para sanção até o encerramento da sessão legislativa. (Redação dada pela Emenda à Lei Orgânica nº 12, de 2002)

Art. 259. O Poder Executivo encaminhará ao Poder Legislativo, juntamente com a mensagem do orçamento anual, todas as informações sobre: (Redação dada pela Emenda à Lei Orgânica nº 12, de 2002)

I - a situação do endividamento do Município, detalhada para cada empréstimo existente, acompanhada das totalizações pertinentes;

II - o plano anual de trabalho elaborado pelo Poder Executivo, detalhando os diversos planos anuais de trabalho dos órgãos da administração direta, indireta, fundacional e de empresas públicas nas quais o Poder Público detenha a maioria do capital social;

III - o quadro de pessoal da administração direta, indireta, fundacional e de empresas públicas nas quais o Poder Público detenha a maioria do capital social.

Art. 260. A despesa com pessoal ativo e inativo do Município não poderá exceder os limites estabelecidos na legislação aplicável.

Parágrafo único. A concessão de qualquer vantagem ou aumento de remuneração, a criação de cargos ou alteração de estrutura de carreiras e a admissão de pessoal, a qualquer título, pelos órgãos e entidades da administração direta, indireta e fundacional, só poderão ser feitas:

I - se houver prévia dotação orçamentária suficiente para atender às projeções de despesa de pessoal e aos acréscimos dela decorrentes;

II - se houver autorização específica na lei de diretrizes orçamentárias, ressalvadas as empresas públicas e as sociedades de economia mista.

TÍTULO VI
DAS POLÍTICAS MUNICIPAIS

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 261. O Município integra o processo de desenvolvimento nacional pela eficiência dos esforços públicos e privados na mobilização dos seus recursos materiais e humanos com vista à elevação do nível de renda e do bem-estar de sua população.

Art. 262. A política de desenvolvimento do Município estabelecerá as diretrizes e bases do desenvolvimento econômico equilibrado, consideradas as características e as necessidades do Município, bem como a sua integração na Região Metropolitana e no restante do Estado.

Parágrafo único. Na fixação dos princípios, objetivos e instrumentos, a política de desenvolvimento do Município destacará os aspectos econômicos, sociais e territoriais em geral e, de forma particular, o desenvolvimento urbano, entendido como resultante da interação destes aspectos.

[....]

CAPÍTULO IV
DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL

[....]

SEÇÃO IV
DA SAÚDE E DA HIGIENE

SUBSEÇÃO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 351. A saúde é direito de todos e dever do Município, assegurada mediante políticas sociais, econômicas e ambientais que visem à redução e eliminação do risco de doenças e outros agravos e que garantam acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, para a sua promoção, prevenção, proteção e recuperação.

§ 1º O dever do Município não exclui a responsabilidade do indivíduo, da família e de instituições e empresas que produzam riscos ou danos à saúde do cidadão ou da coletividade.

§ 2º O direito da população à saúde compreende a fruição e utilização de serviços que:

I - funcionem as vinte quatro horas do dia, para atendimento de emergência, nas unidades hospitalares, e em turnos matutino, vespertino e noturno, nos centros municipais e postos de saúde e nas unidades de atendimento e cuidados primários de saúde;

II - assegurem o acesso à consulta e atendimento diretamente por pessoal de saúde lotado na respectiva unidade, sem intermediação, na recepção, para triagem ou orientação, de agentes de segurança do Município, de corporações policiais ou de empresas privadas com as quais o Município mantenha contrato ou convênio;

III - não soneguem sob qualquer pretexto, ainda que fundado em razão relevante, o atendimento aos que dependem da assistência médico-hospitalar do Poder Público;

IV - observem as prescrições constantes desta Seção e demais disposições pertinentes desta Lei Orgânica.

§ 3º Constitui ~~*infração político-administrativa da autoridade competente*~~ e falta grave do servidor de qualquer hierarquia a violação ou a tolerância com o descumprimento do disposto no parágrafo anterior e seus incisos. (Declarada a Inconstitucionalidade na RI nº 15/1990 da expressão grifada)

SUBSEÇÃO II
DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE E SUA ORGANIZAÇÃO

Art. 352. As ações e serviços de saúde são de natureza pública, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, execução, fiscalização e controle.

Art. 353. Os serviços de saúde do Município são vinculados ao Sistema Único de Saúde, instituído pela legislação federal e mantido com recursos da União, do Estado e do Município.

§ 1º O descumprimento pela União ou pelo Estado de encargos financeiros por estes assumidos para a manutenção do Sistema Único de Saúde desobriga o Município da prestação dos serviços que lhe cabem no âmbito do Sistema.

§ 2º As instituições privadas poderão participar do Sistema Único de Saúde do Município supletivamente, apenas em caráter eventual, obedecendo às diretrizes deste, mediante contrato de direito público, com parecer do Conselho Municipal de Saúde, observadas as seguintes condições:

I - os contratos ~~*não fixarão prazos e*~~ serão rescindíveis a qualquer tempo unilateralmente pelo Município; (Declarada a Inconstitucionalidade na RI nº 12/1990 da expressão grifada)

II - os ressarcimentos das despesas serão efetuados após rigoroso exame por uma comissão de médicos e farmacêuticos, cuja permanência nesta não poderá exceder a seis meses;

III - o tratamento aos pacientes será controlado por uma junta médica, que periodicamente elaborará um relatório ao Conselho Municipal de Saúde, no qual poderá sugerir o descredenciamento da instituição privada prestadora eventual desses serviços e declarada sua inidoneidade para continuar a funcionar em tais atividades.

~~*§ 3º O Poder Público será corresponsável pela qualidade dos serviços prestados por terceiros.*~~ (Declarada a Inconstitucionalidade na RI nº 12/1990)

§ 4º É vedada a nomeação ou designação para cargo de direção, função de chefia, assessoramento superior ou consultoria, na área de saúde, de proprietário, sócio ou quem participe na direção, gerência ou administração de entidade ou instituição que mantenha contrato com o Sistema Único de Saúde ou seja por ela credenciado.

§ 5º Os profissionais de saúde deverão ter efetivo exercício nos hospitais, centros de saúde ou em quaisquer órgãos da Secretaria Municipal de Saúde, inclusive na ocupação das funções de direção ou chefia, ressalvado o disposto no art. 183.

~~*§ 6º Os ocupantes de cargo de Psicólogo do Quadro de Pessoal Permanente do Município terão exercício privativo na Secretaria Municipal de Saúde e desenvolverão suas atividades em polos regionais, a que se vincularão as unidades em que atuarão.*~~

~~*§ 7º Os polos, definidos em ato do Prefeito, incluirão em seu campo de atuação os bairros de Jacarepaguá, Pavuna, Campo Grande e Santa Cruz, assim como as áreas adjacentes.*~~

~~*§ 8º Terão atenção prioritária nas atividades dos ocupantes do cargo de Psicólogo, nos polos referidos neste artigo:*~~

~~*I - as unidades de atendimento médico-hospitalar da Secretaria Municipal de Saúde;*~~

~~*II - as creches e unidades pré-escolares mantidas ou apoiadas pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social;*~~

~~*III - as unidades da rede municipal de ensino público.*~~

~~*§ 9º Caberão à Secretaria Municipal de Saúde o planejamento e a coordenação das atividades dos profissionais referidos neste artigo, ouvidas as respectivas secretarias.*~~ (Declarada a Inconstitucionalidade na RI nº 18/2007 dos §§ 6º ao 9º)

Art. 354. As Secretarias Municipais de Saúde e de Educação manterão programa conjunto de educação em saúde a ser desenvolvido nas escolas, locais de trabalho e locais de moradia por profissionais de ambas as secretarias.

Art. 355. As ações e serviços do Sistema Único de Saúde no Município integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com as seguintes diretrizes, dentre outras que a lei definir:

I - descentralização político-administrativa, com direção única em cada nível, respeitada a autonomia municipal, garantindo-se os recursos necessários;

II - atendimento integral, universal e igualitário, com acesso da população a todos os níveis do serviço, contemplando as ações de promoção, proteção e recuperação de saúde individual e coletiva, com prioridade para as atividades preventivas e de atendimento de emergência e urgência, sem prejuízo dos demais serviços assistenciais;

III - integralidade das ações e serviços de saúde, adequadas às diversas realidades epidemiológicas;

IV - prestação às pessoas assistidas de informações sobre sua saúde e divulgação daquelas de interesse geral;

V - definição do perfil epidemiológico e demográfico do Município e da necessidade de implantação, expansão e manutenção dos seus serviços de saúde, visando a garantir a municipalização dos recursos;

VI - elaboração e atualização periódicas do plano municipal de saúde em termos de prioridade, em consonância com o plano nacional de saúde e o plano estadual de saúde, com parecer do Conselho Municipal de Saúde;

VII - proibição de qualquer tipo de cobrança ao usuário pela prestação de serviços de assistência a saúde na rede pública e contratada, exceto às empresas privadas prestadoras de serviços de assistência médica, seja em grupo ou particular, através de atendimento a seus associados na rede pública municipal ou contratada. (Redação dada pela Emenda à Lei Orgânica nº 14, de 2002)

Art. 356. É assegurada na área de saúde a liberdade de exercício profissional e de organização de serviços privados, na forma da lei, de acordo com os princípios da política nacional de saúde e parecer do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 357. Para credenciar a participação supletiva e eventual no Sistema Único de Saúde no Município, as instituições privadas deverão comprovar:

I - atividade mínima de cinco anos no setor de atendimento ao público;

II - atestado de idoneidade financeira, passado por estabelecimento bancário;

III - apresentação do corpo médico que serve na instituição, em relação em que constem:

a) nome completo, especialidade, faculdade em que se formou e cursos realizados de cada integrante da instituição;

b) declaração de que nenhum de seus componentes sofreu qualquer sanção de ordem profissional e que não responde a nenhum processo sobre o exercício de medicina;

c) declaração da potencialidade da instituição no campo da medicina clínica ou cirúrgica, indicando os equipamentos de que dispõe.

Art. 358. O Poder Público, após o parecer do Conselho Municipal de Saúde, poderá intervir nos serviços de saúde de natureza privada que descumprirem as diretrizes do Sistema Único de Saúde no Município ou os termos contratuais.

Art. 359. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde do Município, originários do orçamento da União, da seguridade social do Estado e do Município, integrarão o Fundo Municipal de Saúde, além de outras fontes.

§ 1º O Fundo Municipal de Saúde será administrado pelo Poder Executivo.

§ 2º A aplicação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde será vinculada:

I - ao perfil demográfico da região;

II - ao perfil epidemiológico da população a ser atendida;

III - às necessidades de implantação, manutenção e expansão dos serviços;

IV - ao desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior.

§ 3º 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.

§ 4º É vedada a destinação de recursos públicos a instituições privadas, sob a forma de auxílio, subvenções, incentivos fiscais ou investimentos.

SUBSEÇÃO III
DAS ATRIBUIÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Art. 360. Ao Sistema Único de Saúde no Município compete, além de outrasa tribuições:

I - desenvolver política de recursos humanos na área de saúde, garantindo a admissão através de aprovação prévia em concurso público de provas, ou de provas e títulos, e a capacitação técnica e reciclagem permanentes, de acordo com as políticas nacional, estadual e municipal de saúde, buscando proporcionar sua adequação às necessidades específicas do Município;

II - garantir aos profissionais da área de saúde plano único de cargos e salários, de acordo com o plano nacional de saúde, estímulo ao regime de tempo integral e condições adequadas de trabalho em todos os níveis;

III - atuar complementarmente à União e ao Estado no desenvolvimento de novas tecnologias e na promoção de medicamentos, matérias-primas, insumos imunobiológicos e contraceptivos de barreira por laboratórios

oficiais do Município, abrangendo também a homeopatia, a acupuntura, a fitoterapia e outras práticas desde que de comprovada base científica, as quais serão adotadas pela rede oficial de assistência à população, resguardado o direito de opção do indivíduo;

IV - prestar assistência social e atendimento de psicologia, fonoaudiologia, enfermagem, farmácia e de outras práticas de saúde que couberem;

V - criar e implantar sistema municipal público de sangue, componentes e derivados, para garantir a autossuficiência do Município no setor, assegurando a preservação da saúde do doador e do receptor de sangue, bem como a manutenção de laboratórios e hemocentros regionais integrados aos sistemas nacional e estadual de sangue no âmbito do Sistema Único de Saúde;

VI - participar de forma complementar ao Estado em todas as ações de saúde relacionadas com sangue humano ou seus componentes e derivados, de acordo com as diretrizes e normas dos sistemas nacional e estadual de sangue;

VII - viabilizar a assistência odontológica de boa qualidade para atender à demanda da população;

VIII - observar o controle da fluoretação da água e implementação de ações odontológicas específicas ao alunado da rede municipal de ensino público;

IX - elaborar e atualizar o plano municipal de alimentação e nutrição, em termos de prioridades e estratégias regionais, em consonância com o plano nacional e estadual de alimentação e nutrição;

X - controlar, fiscalizar e inspecionar ambientes e estabelecimentos, procedimentos, produtos e substâncias que compõem os medicamentos, contraceptivos, imunobiológicos e alimentos, compreendido o controle de teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

XI - controlar, fiscalizar e inspecionar a comercialização de cosméticos, perfumes, produtos de higiene, saneantes, agrotóxicos, biocidas, produtos agrícolas, drogas veterinárias, equipamentos médico-hospitalares e odontológicos e outros insumos de interesse para a saúde;

XII - manter laboratórios de referência de controle de qualidade ou convênios com os das redes federal, estadual e universidades;

XIII - participar da fiscalização das operações de produção, transporte, guarda e uso de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

XIV - participar da fiscalização da segurança e da saúde do trabalhador para a prevenção de acidentes de trabalho em conjunto com os sindicatos e associações técnicas, mediante:

a) informações aos trabalhadores a respeito de atividades que comportem riscos à saúde e dos métodos para seu controle;

b) controle e fiscalização dos ambientes e processos de trabalho nos órgãos públicos e empresas públicas ou privadas, incluindo os departamentos médicos;

c) promoção regular de estudos e pesquisas em saúde de trabalho;

d) notificação compulsória pelos ambulatórios médicos dos órgãos ou empresas públicas e privadas, das doenças profissionais e dos acidentes do trabalho de risco iminente ou onde tenha ocorrido grave dano à saúde do trabalhador;

e) intervenção do Poder Público, através do Sistema Único de Saúde, no local de trabalho em caso de risco iminente ou onde tenha ocorrido grave dano à saúde do trabalhador;

f) proibição de pedido de atestados de esterilização e do teste de gravidez para admissão e permanência no trabalho;

g) direito de recusa do trabalho em ambiente sem controle adequado de riscos, assegurando a permanência no emprego, após parecer do Conselho Municipal de Saúde;

XV - estabelecer mecanismos de controle de higienização hospitalar e fiscalizar a utilização de coletores seletivos de lixo patológico em todos os estabelecimentos públicos ou privados;

XVI - prestar atendimento às crianças e adolescentes, independentemente dapresença de responsáveis;

XVII - formular e implantar política de atendimento à saúde de portadores de deficiência, nos termos dos arts. 316 e 378;

XVIII - implantar política de atenção à saúde mental;

XIX - formular política de prevenção integral do uso indevido de drogas, em harmonia com as iniciativas federal e estadual no setor;

XX - garantir a destinação de recursos materiais e humanos para a assistência às doenças crônicas e da terceira idade;

XXI - criar distritos regionais de saúde, a serem regulamentados em lei;

XXII - divulgar e fazer cumprir as normas federais que tornam obrigatória a notificação compulsória de doenças transmissíveis;

XXIII - propor convênios com universidades, fundações e outros órgãos técnicos formadores de conhecimentos na área de saúde;

XXIV - estabelecer e fiscalizar o cumprimento pelas casas de saúde das normas de licença para estabelecimento;

XXV - acompanhar e orientar as políticas públicas em tudo o que se relacionar com as condições de saúde e com a qualidade de vida da população;

XXVI - formular programa de recuperação nutricional específico para crianças e gestantes visando à criação de serviço de vigilância nutricional e à implementação de alimentação alternativa à população carente.

Parágrafo único. Nos casos de comprovada gravidade, o médico, que prestar o atendimento referido no inciso XVI deste artigo, providenciará a internação da criança ou do adolescente, ficando o serviço social da unidade médica responsável pela localização dos responsáveis para acompanhamento.

Art. 361. O Município manterá unidades e programas especializados de prevenção e tratamento de doenças infectocontagiosas e parasitárias e de atendimento às pessoas portadoras dessas patologias, bem como promoverá a divulgação de informações sobre seus sintomas e formas de contaminação.

Parágrafo único. O Município reservará dez por cento dos leitos da rede pública municipal de saúde para a internação de pacientes portadores de doenças infectocontagiosas.

Art. 362. A assistência farmacêutica faz parte da assistência global à saúde, e as ações a ela correspondentes devem ser integradas ao Sistema Único de Saúde, ao qual cabe:

I - garantir o acesso da população aos atendimentos básicos, através da elaboração e aplicação de lista padronizada dos medicamentos essenciais;

II - estabelecer mecanismo de controle sobre postos de manipulação, dispensação e venda de medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos destinados ao uso e consumo humano;

III - prover a criação de programa suplementar que garanta fornecimento de medicação às pessoas portadoras de necessidades especiais, nos casos em que seu uso seja imprescindível à vida;

IV - criar na estrutura municipal de saúde farmácia industrial para a produção de fármacos de manipulação simples.

§ 1º O Município só adquirirá medicamentos e soros imunobiológicos coproduzidos para a rede privada quando a rede pública, prioritariamente a municipal ou a estadual, não estiver capacitada a fornecê-los.

§ 2º O Município fará investimento permanente para a produção municipal de medicamentos, à qual serão destinados recursos especiais.

§ 3º Toda a informação ou publicidade veiculada por qualquer forma ou meio que induza o consumidor a atividades nocivas à saúde deverá incluir observação explícita de tais riscos, sem prejuízo da responsabilidade civil e penal dos promotores ou fabricantes pela reparação de eventuais danos.

SUBSEÇÃO IV
DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Art. 363. A política de atenção à saúde mental formulada pelo Sistema Único de Saúde no Município obedecerá aos seguintes princípios:

I - rigoroso respeito aos direitos humanos dos usuários dos serviços de saúde mental;

II - obrigatoriedade de que o diagnóstico psiquiátrico seja feito de acordo com padrões médicos aceitos internacionalmente;

III - direito dos pacientes psiquiátricos, quando atendidos em regime de internação, de:

a) receber visitas em particular, regularmente;

b) receber e enviar correspondência, resguardado o sigilo;

c) portar ou receber os objetos essenciais à vida diária;

d) praticar sua religião ou crença;

e) privacidade;

f) comunicar-se com as pessoas que desejar;

g) acesso aos meios de comunicação disponíveis no local;

IV - integração dos serviços de emergência em saúde mental aos serviços de emergência geral;

V - ampla informação aos usuários, aos parentes e à sociedade organizada sobre os métodos de tratamento a serem utilizados;

VI - progressiva extinção de leitos com características manicomiais, através de serviços intermediários como:

a) ambulatórios;

b) centros de convivência;

c) centros de atendimento psicossocial;

d) oficinas-protegidas;

e) lares-protegidos;

f) hospital-dia;

g) hospital-noite;

h) unidades psiquiátricas de hospital-geral;

VII - proibição da contratação ou financiamento pelo setor governamental de novos leitos em hospitais psiquiátricos;

VIII - garantia da destinação de recursos materiais e humanos para proteção e tratamento ao doente mental nos níveis ambulatorial e hospitalar com prioridade à atenção extra-hospitalar.

§ 1º Nenhum diagnóstico psiquiátrico pode ser atribuído a uma pessoa por motivos políticos, econômicos, sociais, culturais, raciais, religiosos, por conflitos familiares ou por qualquer outro motivo que não seja diretamente relevantepara seu estado de sanidade mental.

§ 2º O paciente, quando internado em hospital psiquiátrico, será informado, logo que possível, verbalmente e por escrito, em linguagem que possa compreender, de seus direitos, os quais só poderão ser limitados ao estritamente necessário, considerando sua saúde, sua segurança e a de terceiros.

§ 3º O paciente não deverá receber nenhum tipo de tratamento sem o seu consentimento por escrito ou de pessoa de sua escolha, obtido livremente, sem ameaças, induções impróprias, após discussão sobre a natureza de sua doença e sobre a natureza, objetivo e duração do tratamento.

§ 4º Ressalvam-se do disposto no parágrafo anterior os casos de emergência, quando o tratamento poderá ser ministrado pelo período necessário, apenas, à prevenção de danos imediatos; neste caso, o tratamento será submetido à avaliação de outro profi ssional.

§ 5º O paciente deverá ser informado de todas as etapas de seu tratamento, modos alternativos, métodos específicos a serem usados, possíveis dores, desconfortos, riscos, efeitos colaterais e benefícios do tratamento.

§ 6º O tratamento com efeitos irreversíveis não será utilizado sem a revisão e aprovação pela comissão de ética psiquiátrica, a ser regulamentada em lei complementar.

§ 7º O tratamento a que se refere o parágrafo anterior inclui:

I - psicocirurgia;

II - esterilização;

III - outros não plenamente estabelecidos por padrões médicos aceitos internacionalmente.

§ 8º A contenção física ou a internação involuntária de um paciente só será feita quando, na opinião da equipe de saúde mental responsável, este for o único método disponível para prevenir dano iminente e imediato ao paciente ou a terceiros e não se prolongará além do período estritamente necessário a esse objetivo.

SUBSEÇÃO V
DA ASSISTÊNCIA À MULHER

Art. 364. O Município garantirá assistência integral à saúde da mulher em todas as fases da vida através da implantação de política específica, assegurando:

I - direito à autorregulação da fertilidade como livre decisão da mulher, do homem ou do casal, tanto para exercer a procriação quanto para evitá-la;

II - fornecimento de recursos educacionais, científicos e assistenciais bem como acesso gratuito aos métodos anticoncepcionais e informações sobre os resultados, indicações e contraindicações, vedada qualquer forma coercitiva ou de indução por parte de instituições públicas ou privadas;

III - assistência pré-nupcial, pré-natal, ao parto e ao puerpério e incentivo ao aleitamento, além de assistência clínico-ginecológica, com garantia de leitos especiais;

IV - adoção de novas práticas de atendimento relativas ao direito de reprodução, considerando a experiência de instituições de defesa da saúde da mulher;

V - ampla proteção à constituição da família em suas diversas fases, utilizando inclusive órgãos especializados para a assistência nos períodos referidos no inciso III.

Art. 365. O Município fiscalizará, na forma da lei, o acesso da população aos produtos químicos e contraceptivos mecânicos, inibindo-se a comercialização e uso daqueles em fase de experimentação.

§ 1º É vedada a distribuição à população de contraceptivos em fase de experimentação.

§ 2º No caso de distribuição de contraceptivos de comprovada eficácia científica, esta se fará mediante receita médica, a qual ficará retida.

§ 3º Os medicamentos terão tarja específica de restrição.

§ 4º Os infratores do disposto neste artigo sujeitam-se às cominações legais.

Art. 366. O Município garantirá assistência à mulher, em caso de aborto, provocado ou não, na forma da lei, como também em caso de violência sexual, asseguradas dependências especiais nos serviços garantidos direta ou indiretamente pelo Poder Público.

Art. 367. O Município instituirá centros de atendimento integral à mulher, nos quais lhe será prestada e à sua família assistência médica, psicológica e jurídica.

Parágrafo único. O corpo funcional será composto preferencialmente por servidores do sexo feminino, com formação profissional específica, nos termos da lei.

Art. 368. O Município garantirá a criação e a manutenção de abrigos para acolhimento provisório de mulheres e seus dependentes, vítimas de violência, bem como auxílio para sua subsistência, vinculados aos Centros de Atendimento Integral à Mulher, na forma da lei.

~~*Art. 369. A Secretaria Municipal de Saúde manterá pesquisas e programas de saúde destinados às prostitutas, os quais obedecerão a estes princípios básicos:*~~

~~*I – atendimento integral;*~~

~~*II – prioridade à assistência preventiva;*~~

~~*III – não discriminação;*~~

~~*Parágrafo único. Na formulação e execução dos programas e pesquisas referidos neste artigo é assegurada a participação de representação das prostitutas.*~~ (Declarada a Inconstitucionalidade na RI nº 58/2006)

Art. 370. É vedada no âmbito do Município a implantação de políticas públicas que discriminem, removam ou expulsem prostitutas.

SUBSEÇÃO VI
DO CONTROLE E PREVENÇÃO DE CAUSAS DE PATOLOGIAS

Art. 371. O Município manterá, direta ou indiretamente, serviços de coleta e remoção de resíduos patológicos e combate a vetores, inclusive em áreas de ocupação irregular, encostas de morros e áreas passíveis de alagamento.

Art. 372. O Município manterá sistema de controle de zoonoses, para promover o levantamento, a pesquisa e o combate às zoonoses em seu território e desenvolver programas de divulgação e educação sobre riscos para a saúde.

Parágrafo único. As ações do sistema municipal de controle de zoonoses serão realizadas por iniciativa própria do Município ou através de convênios e contratos com órgãos federais e estaduais.

SUBSEÇÃO VII
DISPOSIÇÕES ESPECIAIS

Art. 373. O Município estabelecerá medidas de proteção aos não fumantes, impondo restrições ao consumo de fumo em escolas, hospitais, transportes coletivos, repartições públicas, cinemas, teatros e outros locais ou estabelecimentos de frequência pública.

Art. 374. O Município instituirá mecanismos de controle e fiscalização adequados a coibir a imperícia, a negligência, a imprudência e a omissão de socorro nos estabelecimentos hospitalares públicos e particulares, especialmente naqueles que participem do Sistema Único de Saúde.

§ 1º Os responsáveis por imperícia, negligência e omissão de socorro serão penalizados com multas pecuniárias.

§ 2º Nos casos previstos neste artigo os estabelecimentos particulares ficam sujeitos à suspensão ou ao cancelamento de suas licenças de funcionamento.

Art. 375. As empresas privadas prestadoras de serviços de assistência médica, administradoras de plano de saúde, ressarcirão o Município das despesas com atendimento dos segurados respectivos em unidades de saúde pertencentes ao Poder Público.

Parágrafo único. O pagamento será de responsabilidade das empresas a queestejam associadas as pessoas atendidas em unidades de saúde do Município.

Art. 376. A lei disporá sobre a criação de cadastro de doadores de órgãos, podendo ser inscrita toda pessoa com capacidade civil plena, conforme a legislação federal.

Art. 377. O Município criará e manterá em diversas regiões do Município centros de atendimento à pessoa portadora de deficiência providos de equipes interdisciplinares especializadas.

Art. 378. O Município formulará e implantará política de prevenção das doenças ou condições que levam à deficiência.

Parágrafo único. A política preventiva indicada neste artigo garantirá:

I - coordenação e fiscalização de serviços e ações específicas de saúde;

II - serviço de orientação à gestante;

III - atendimento hospitalar compatível com a deficiência de que a pessoa é portadora;

IV - estabelecimento de tecnologias e normas de segurança.

Art. 379. O Município criará as condições necessárias à realização dos testes específicos gratuitos para detecção de deficiências, em tempo hábil, em todos os recém-nascidos.

Art. 380. O Município manterá recursos materiais e humanos especializados em todos os níveis no atendimento à pessoa portadora de deficiência, incluindo o tratamento desde a fase emergencial até a de completa reabilitação através da criação de hospitais e centros especializados.

Art. 381. O Poder Público estimulará a formação de futuros doadores de sangue, mediante informação e conscientização dos jovens, a partir de dezoito anos, para sua responsabilidade de cidadãos em relação à comunidade.

DCM de 5.4.1990

3.2. Lei nº 1.583/1990 (FMS)

Lei Municipal nº 1.583, de 30 de julho de 1990.

Cria o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências.

Autor: Comissão de Administração e Assuntos ligados ao Servidor Público e Finanças, Orçamento e Fiscalização Financeira.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal do Rio de Janeiro decreta e eu sanciono a seguinte Lei.

Art. 1º Fica criado o Fundo Municipal de Saúde - FMS, como instrumento de suporte financeiro para o desenvolvimento das ações descentralizadas nas áreas médica, sanitária, hospitalar, de apoio e suprimento executadas e/ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com as determinações previstas na legislação pertinente.

§ 1º As ações descentralizadas e hierarquizadas nas áreas médica, sanitária, hospitalar, de apoio e suprimento executadas e/ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde, compreendem:

1) atendimento médico sanitário e hospitalar integral em unidades sanitárias, consultórios, ambulatórios, laboratórios, unidades de atendimento de urgência, hospitalar e outros estabelecimentos de prestação de serviço de saúde;

2) a vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e o controle de endemias;

3) a produção e distribuição de vacinas, soros, medicamentos e outros de interesse da saúde pública.

4) prevenção, promoção e segurança da saúde do trabalhador;

5) promoção e a assistência à saúde da mulher, à saúde do adulto, à saúde mental, à saúde do adolescente, à saúde da criança e a saúde bucal.

§ 2º As ações descentralizadas previstas neste artigo serão desenvolvidas mediante planejamento e programas de ações de saúde ao Poder Público de acordo com as suas prioridades e estratégicas.

§ 3º As Unidades mencionadas no item 1 deverão ser instaladas, estruturadas e hierarquizadas de acordo com o nível de complexidade das atividades que lhe sejam cometidas.

§ 4º (Vetado).

Art. 2º Constituirão receitas do fundo:

I - recursos originários da união, da seguridade social, do Estado e do Município, na forma estabelecida pela legislação federal pertinente;

II - auxílios, subvenções, contribuições, transferências e participações em Convênios e Ajustes;

III - resultados financeiros (rendimentos, acréscimos, juros, correções monetárias, etc...) de suas aplicações obedecida a legislação em vigor;

IV - recursos de pessoas físicas e jurídicas, públicas e privadas, nacionais e estrangeiras, sob a forma de doação, observada a legislação aplicável;

V - todo e qualquer recurso proveniente de multas ou penalidades que tenham origem na fiscalização e ações da Secretaria Municipal de Saúde;

VI - receitas provenientes do ressarcimento de despesas de usuários com cobertura securitária de entidade privada;

VII - outras receitas.

Art. 3º O Fundo poderá receber dotações, contribuições e outras receitas para realização de objetivos específicos.

Art. 4º Os recursos do Fundo Municipal de Saúde serão aplicados:

I - no financiamento total ou parcial de programas integrados de saúde, desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde ou com ela conveniados;

II - no pagamento pela prestação de serviços para execução de programas ou projetos específicos na área de saúde;

III - na aquisição do material permanente e de consumo, de medicamentos, vacinas, leite e alimentos necessários ao desenvolvimento dos programas;

IV - na construção, reforma, ampliação, aquisição ou locação de imóveis para a adequação da rede física de unidades sanitárias, ambulatórios, laboratórios, hospitais e outros estabelecimentos de prestação de saúde;

V - no desenvolvimento e aperfeiçoamento dos instrumentos de gestão, planejamento, administração e controle das ações de saúde;

VI - no atendimento de despesas diversas necessárias à execução da ações citadas no § 1º, do art. 1º ou de projetos com a mesma finalidade;

VII - no gerenciamento descentralizado das diversas unidades ambulatoriais e hospitalares.

Art. 5º A aplicação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde será vinculada:

I - ao perfil demográfico da região;

II - ao perfil epidemiológico da população a ser atendida;

III - às necessidades de implantação, manutenção e expansão dos serviços;

IV - ao desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior.

Art. 6º Os recursos aplicadas pelo Fundo Municipal de Saúde serão fiscalizados pelo ConselhoMunicipal de Saúde.

Art. 7º O saldo positivo do Fundo, apurado em balanço, será transferido para o exercícioseguinte, a crédito do mesmo Fundo.

Art. 8º A Secretaria Municipal de Saúde prestará contas, semestralmente, aos órgãos competentes de fiscalização das despesas realizadas com os recursos do Fundo Municipal de Saúde, publicando o respectivo no D.O. RIO, com a indicação de diversas fontes que o compõem e detalhamento de sua aplicação.

Art. 9º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 01 de janeiro de 1990, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 30 de julho de 1990

MARCELLO ALENCAR
Prefeito

D.O. RIO de 1º.8.1990

3.3. Decreto nº 9.865/1990 (Regulamenta a Lei n º 1.583/1990)

DECRETO Nº 9.865, DE 05 DE DEZEMBRO DE 1990.

REGULAMENTA A LEI Nº 1.583, DE 30 DE JULHO DE 1990.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, no uso de suas atribuições legais e tendo em vista o que consta do processo nº 09/30.000/90,

DECRETA:

Art. 1º O Fundo Municipal de Saúde, criado pela Lei nº 1.583, de 30 de julho de 1990, reger-se-á pela legislação aplicável e por este regulamento, competindo a sua gestão à Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo único. Aplicar-se-ão ao Fundo Municipal de Saúde as normas pertinentes da Lei
nº 207, de 19 de dezembro de 1980 e do Decreto nº 3.321, de 18 de setembro de 1981.

Art. 2º As ações descentralizadas e hierarquizadas nas áreas médicas, sanitária, hospitalar, de apoio e suprimento executadas e/ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde, compreendem:

I - atendimento médico sanitário e hospitalar integral em unidades sanitárias, consultórios, ambulatórios, laboratórios, unidades de atendimento de urgência, hospitalar e outros estabelecimentos de prestação de serviços de saúde;

II - a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica e o controle de endemias;

III - a produção e distribuição de vacinas, soros, medicamentos e outros de interesse da saúde pública;

IV - prevenção, promoção e segurança da saúde do trabalhador;

V - promoção e assistência à saúde da mulher, à saúde do adulto, à saúde mental, à saúde do adolescente, à saúde da criança e à saúde bucal.

§ 1º As ações descentralizadas previstas neste artigo serão desenvolvidas mediante planejamento e programas de ações de saúde vinculados ao Poder Público de acordo com as suas prioridades e estratégicas.

§ 2º As unidades mencionadas no item 1 deverão ser instaladas, estruturadas e hierarquizadas de acordo com o nível de complexidade das atividades que lhes sejam cometidas.

Art. 3º Constituirão receitas do fundo:

I - recursos originários do orçamento da união, da seguridade social, do estado e do município, na forma estabelecida pela legislação federal pertinente;

II - auxílios subvenções, contribuições, transferências e participações em convênios e ajustes;

III - resultados financeiros (rendimentos, acréscimos, juros, correções monetárias, etc.) de suas aplicações obedecidas a legislação em vigor;

IV - recursos de pessoas físicas e jurídicas, públicas e privadas, nacionais e estrangeiras, sob a forma de doações, observada a legislação aplicável;

V - todo e qualquer recurso proveniente de multas ou penalidades que tenham origem na fiscalização e ações da Secretaria Municipal de Saúde;

VI - receitas provenientes do ressarcimento de despesas de usuários com cobertura securitária de entidade privada;

VII - outras receitas.

Art. 4º O Fundo poderá receber dotações, contribuições e outras receitas para a realização de objetivos específicos.

Art. 5º Os recursos do Fundo Municipal de Saúde, serão aplicados:

I - no funcionamento total ou parcial de programas integrados de saúde, desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde ou com ela conveniados;

II - no pagamento pela prestação de serviços para execução de programas ou projetos específicos na área da Saúde;

III - na aquisição do material permanente e de consumo, de medicamentos, vacinas, leite e alimento necessários ao desenvolvimento dos programas;

IV - na construção, reforma, ampliação, aquisição ou locação de imóveis para a adequação da rede física de unidades sanitárias, ambulatórios, laboratórios, hospitais e outros estabelecimentos de prestação de serviços de saúde;

V - no desenvolvimento e aperfeiçoamento dos instrumentos de gestão, planejamento, administração e controle das ações de saúde;

VI - no atendimento de despesas diversas necessárias à execução das ações citadas no § 1º do art. 1º ou de projetos com a mesma finalidade;

VII - no gerenciamento descentralizado das diversas unidades ambulatoriais e hospitalares, se for o caso.

Art. 6º Fica instituído o Comitê de Gestão do Fundo Municipal de Saúde com o objetivo de proceder ao acompanhamento das ações descentralizadas referidas no art. 1º, e a fiscalização orçamentária e financeira da gestão, bem como as competências do art. 7º. (Redação dada pelo Decreto nº 12.030, de 1993)

§ 1º O Comitê de Gestão do Fundo Municipal será constituído com representantes dos seguintes órgãos: (Redação dada pelo Decreto nº 12.030, de 1993)

I - Presidente - Secretário Municipal de Saúde;

II - Membros:

a) Superintendente de Serviços de Saúde;

b) Coordenação do Tesouro Municipal;

c) Coordenadoria de Programação Orçamentária e Financeira da Secretaria Municipal de Fazenda;

d) Dois representantes do órgão de controle interno.

§ 2º Caberá ao Superintendente de Serviços de Saúde substituir o Presidente nas suas ausências ou impedimentos legais ou eventuais. (Redação dada pelo Decreto nº 12.030, de 1993)

Art. 7º Compete ao Comitê de Gestão do Fundo Municipal de Saúde: (Redação dada pelo Decreto nº 12.030, de 1993)

I - analisar e aprovar os planos, programas e projetos relacionados com a aplicação de recursos do Fundo;

II - orientar e acompanhar o desenvolvimento dos planos, programas e projetos aprovados;

III - propor ao Secretário Municipal de Saúde, para remessa ao Gabinete do Prefeito, plano anual de trabalho aprovado e seu respectivo orçamento;

IV - fixar as diretrizes operacionais do Fundo Municipal de Saúde;

V - decidir sobre matéria relacionada à política financeira e operacional;

VI - aprovar;

a) a proposta orçamentária do Fundo e sua programação financeira;

b) contribuições, doações e outras receitas oriundas de pessoas físicas ou jurídicas;

c) minutas de convênios, acordos, contratos e outros ajustes a serem assinados com outros órgãos ou entidades.

VII - realizar outros atos quaisquer relacionados por alguma forma com a gestão do Fundo Municipal de Saúde.

Art. 8º Os recursos do Fundo Municipal de Saúde se rão depositados em banco oficial, em conta gráfica a ser movimentada nos casos e na forma previstos na legislação municipal de regência. (Redação dada pelo Decreto nº 13.110, de 1994)

Parágrafo único. Não se aplica o disposto neste artigo aos repasses cujo instrumento legal ou contratual determine, explicitamente, a instituição financeira em que deverá ser efetuado o depósito.

Art. 9º A aplicação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde terá como parâmetros:

I - o perfil demográfico da região;

II - o perfil epidemiológico da população a ser atendida;

III - as necessidades de implantação, manutenção e expansão dos serviços;

IV - ao desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior.

Art. 10. O saldo positivo do Fundo Municipal de Saúde, apurado em balanço, será transferido para o exercício seguinte, a seu crédito.

Art. 11. A Secretaria Municipal de Saúde encaminhará, semestralmente, aos órgãos competentes de fiscalização e controle, prestação de contas das despesas realizadas com os recursos do Fundo Municipal de Saúde, publicando o respectivo relatório em Diário Oficial, com a indicação das diversas fontes que o compõem e o detalhamento de sua aplicação.

Art. 12. O Fundo Municipal de Saúde terá suporte administrativo oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 13. Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 05 de dezembro de 1990 – 426º de Fundação da Cidade.

MARCELLO ALENCAR, Carlos Roberto de Siqueira Castro, Edgar Monteiro Gonçalves da Rocha, Pedro Valente

D.O. RIO 07.12.1990, Republ. em 13.12.1990, Retif. em 27.12.1990

3.4. Lei nº 5.104/2009 (CMS e CDSs)

Lei nº 5.104, de 3 de novembro de 2009.

Dispõe sobre o Conselho Municipal e os Conselhos Distritais de Saúde.

Autor: Vereador Paulo Pinheiro.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I
DA INSTITUIÇÃO DOS CONSELHOS

SEÇÃO I
DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Art. 1º Fica criado o Conselho Municipal de Saúde - CMS, órgão colegiado, deliberativo e permanente, do Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo único. O CMS disposto no caput integra a estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - SMSDC, nos termos da Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, para auxiliar a administração pública na análise, planejamento e aplicação de políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros, bem como na fiscalização das ações governamentais e nas decisões de matéria de sua competência.

SEÇÃO II
DOS CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE

Art. 2º Fica instituído em cada Área de Planejamento de Saúde, um Conselho Distrital, órgão colegiado, consultivo e deliberativo, com a finalidade de auxiliar a Administração Pública e o CMS, na análise, planejamento, formulação e supervisão das políticas de saúde, na fiscalização de ações governamentais e nas decisões de matéria de sua competência.

CAPÍTULO II
DAS COMPETÊNCIAS DOS CONSELHOS

SEÇÃO I
DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Art. 3º Compete ao CMS participar da análise, da elaboração e da atualização das políticas do SUS, fiscalizando sua aplicação e atuando:

I - na formulação de estratégias de controle do SUS;

II - na proposição de diretrizes para elaboração de Plano de Saúde do Município e dos Planos de Saúde das Áreas de Planejamento do Município;

III - na proposição de metas para assistência da saúde da população do Município;

IV - na proposição de critérios para programação, execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde - FMS e no acompanhamento da movimentação e destinação dos recursos;

V - na aprovação da proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, conforme disposto no art. 195, § 2º, da Constituição Federal, bem como observar o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes disposto no art. 36, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

VI - na fiscalização e controle dos gastos e deliberação sobre critérios de movimentação de recursos, incluindo os do FMS e os transferidos e próprios do Município, do Estado e da União;

VII - na fiscalização e acompanhamento do desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e no encaminhamento de qualquer denúncia de irregularidade ao respectivo órgão, conforme legislação vigente;

VIII - na proposição de adoção e acompanhamento de critérios definidores da qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da saúde;

IX - no estabelecimento de critérios para a determinação da periodicidade de quatro em quatro anos das Conferências de Saúde, propondo sua convocação junto à Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - SMSDC,

estruturando a comissão organizadora, submetendo o respectivo Regimento e os critérios de funcionamento das Conferências Distritais de Saúde ao Colegiado do CMS, explicitando deveres e funções dos conselheiros;

X - no estabelecimento de estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais Colegiados de Controle Social como os da seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;

XI - no apoio e promoção da educação para o Controle Social, dando ênfase a conteúdo programático em que constem os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do CMS, bem como a legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento;

XII - na realização de campanhas de educação para a saúde da população do Município;

XIII - no exame dos contratos e convênios, propondo sua revisão ou rescisão, se os considerar inconvenientes para o SUS;

XIV - na discussão, elaboração e aprovação da proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pela Conferência Municipal de Saúde.

Art. 4º Compete também ao CMS:

I - avaliar e aprovar a política para os recursos humanos do SUS;

II - propor e aprovar seu Regimento Interno e os dos Conselhos Distritais;

III - estabelecer normas para a implantação e o funcionamento dos Conselhos Distritais e supervisionar suas atividades;

IV - criar mecanismos de cooperação e de intercâmbio entre os diversos Conselhos Distritais de Saúde.

SEÇÃO II
DOS CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE

Art. 5º Compete aos Conselhos Distritais de Saúde em suas respectivas circunscrições:

I - promover a integração das instituições e serviços de saúde;

II - colaborar na formulação de estratégias para a organização do SUS;

III - estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos distritais de saúde, em consonância com o Plano Municipal de Saúde;

IV - participar de levantamentos de dados relativos à saúde da população na área de planejamento sanitário do Distrito de Saúde;

V - participar da elaboração e deliberar, em primeira instância, os modelos assistenciais e os planos distritais formulados pelos Distritos de Saúde;

VI - acompanhar e opinar sobre a execução de ações, projetos, programas e planos de saúde;

VII - avaliar e deliberar sobre as propostas orçamentárias anuais, assim como fazer sugestões para a sua circunscrição, a fim de viabilizar a execução dos planos distritais de saúde;

VIII - colaborar com o CMS na fiscalização dos contratos e convênios firmados pelo SUS, emitindo pareceres a respeito e encaminhando-os à consideração do CMS;

IX - colaborar com o CMS na fiscalização da aplicação dos recursos financeiros do SUS, no âmbito das Áreas de Planejamento de Saúde;

X - colaborar com o CMS no acompanhamento dos planos de cargos, carreiras e salários dos servidores do SUS;

XI - participar da formulação da política de desenvolvimento de recursos humanos das Áreas de Planejamento de Saúde;

XII - viabilizar decisões do CMS;

XIII - convocar, juntamente com a Coordenação das Áreas de Planejamento de Saúde, de quatro em quatro anos, a Conferência Distrital de Saúde;

XIV - elaborar e aprovar as normas regimentais de funcionamento das Conferências Distritais, em consonância com critérios definidos pelo CMS;

XV - elaborar e aprovar seu Regimento Interno em consonância com as normas emanadas do CMS.

CAPÍTULO III
DA COMPOSIÇÃO DOS CONSELHOS

SEÇÃO I
DO CONSELHO MUNICIPAL

Art. 6º O CMS será composto por:

I - dez membros indicados pelas entidades de atuação no âmbito Municipal, representantes do segmento dos usuários do SUS;

II - dez membros indicados pelas entidades de atuação no âmbito Municipal, representantes do segmento dos Profissionais de Saúde do SUS;

III - dez membros indicados pelo segmento dos Prestadores de Serviços do SUS;

IV - dez membros do segmento dos representantes dos usuários do SUS, indicados por cada um dos dez Conselhos Distritais de Saúde.

§ 1º A escolha dos membros dispostos nos incisos I, II e III, se dará nas Conferências Municipais de Saúde, ressalvados os representantes dos Prestadores Públicos de Serviços do SUS, que serão indicados pela SMSDC, através do Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil.

§ 2º Dos dez membros indicados pelos Prestadores de Serviços referidos no inciso III:

I - quatro membros serão indicados pelos Prestadores Públicos de Serviços de Saúde do SUS, através da SMSDC;

II - dois membros indicados pelos Prestadores de Serviços de Saúde Privados, contratados pelo SUS;

III - dois membros indicados pelos Prestadores de Serviços Filantrópicos, conveniados com o SUS;

IV - dois membros indicados pelas Universidades que possuam curso de graduação na área de saúde.

§ 3º O Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro comporá o CMS, e a sua Comissão Executiva, como um dos membros indicados pelos Prestadores Públicos de Serviços de Saúde do SUS referidos no inciso I do § 2º.

§ 4º A escolha dos membros dispostos no inciso IV, deste artigo, se dará em reuniões plenárias dos Conselhos Distritais, especialmente convocadas para este fim, no prazo máximo de trinta dias posteriores à nomeação dos membros do Conselho respectivo.

§ 5º Na medida do possível, as entidades citadas nos incisos, deste artigo, indicarão, cada uma, um suplente para o representante respectivo, que poderá substituí-lo nos seus impedimentos ou vacância.

SEÇÃO II
DOS CONSELHOS DISTRITAIS

Art. 7º O Conselho Distrital de Saúde é composto por representantes de Prestadores de Serviços de Saúde, públicos e privados do SUS, de representantes de Profissionais de Saúde em Unidades do SUS, e de representantes de Entidades de Usuários do Sistema de Saúde, todos que tenham atuação na Área de Planejamento respectiva.

§ 1º O critério para composição quantitativa dos representantes dos Prestadores de Serviços de Saúde é o do número de unidades públicas de saúde da Área de Planejamento de Saúde, acrescido de um sexto, deste número, de representantes do setor privado contratado pelo SUS.

§ 2º O Coordenador da Área de Planejamento de Saúde comporá o Conselho Distrital de Saúde e a Comissão Executiva.

§ 3º Na medida do possível, as entidades citadas no caput, indicarão, cada uma, um suplente para o representante respectivo, que poderá substituí-lo nos seus impedimentos ou vacância.

Art. 8º Os membros dos Conselhos Distritais serão escolhidos nas Conferências de Saúde respectivas, ressalvado o previsto no art. 7º, § 2º.

SEÇÃO III
DOS MANDATOS E NOMEAÇÕES

Art. 9º São condições impostas às Entidades que se habilitem a compor os Conselhos de Saúde:

I - constar em seus atos constitutivos a área de abrangência permitida a sua atuação para todo o Município, caso sua pretensão seja de atuação no CMS;

II - constar em seus atos constitutivos a área de abrangência permitida a sua atuação na área correspondente ao exercício das atividades do Conselho Distrital que pretenda compor.

Art. 10. Os membros dos Conselhos não poderão representar mais de uma Entidade, nem qualquer Entidade poderá ter representante em mais de um Conselho, ressalvados os casos previstos em Lei.

Art. 11. Os membros dos Conselhos não poderão mudar de representação de Entidades no curso do mandato.

Parágrafo único. Para os efeitos do previsto neste artigo, não se considera interrupção de

mandato as reconduções prevista nos arts. 12 e 13.

Art. 12. Os representantes das Entidades do Conselho Municipal de Saúde serão nomeados pelo Prefeito para um mandato de quatro anos, podendo ser reconduzidos ou substituídos a qualquer momento, se for requerido pela Entidade. (Redação dada pelo Lei nº 6.704, de 2020)

Parágrafo único. A posse dos representantes referidos no caput, se dará no início do ano subsequente à Conferência Municipal de Saúde.

Art. 13. Os representantes das Entidades nos Conselhos Distritais serão nomeados pelo Secretário Municipal de Saúde, para um mandato de quatro anos, podendo ser reconduzidos ou substituídos a qualquer momento, se for requerido pela Entidade. (Redação dada pelo Lei nº 6.704, de 2020)

Parágrafo único. A posse dos representantes referidos no caput, se dará no início do ano subsequente à Conferência Distrital de Saúde, respectiva.

Art. 14. O exercício das funções de membro dos Conselhos de Saúde não será remunerado e será considerado como prestação de serviços relevantes ao Município, excetuando-se os gastos com transporte para deslocamento, hospedagem e refeição quando a serviço dos mesmos.

Parágrafo único. Os gastos referidos no caput, terão que ser prévia e devidamente autorizados pelos Coordenadores de Saúde das Áreas de Planejamento, respectivas, e pelo Presidente do CMS, quando os gastos forem referentes a serviços do CMS.

CAPÍTULO IV
DAS ATRIBUIÇÕES DOS CONSELHEIROS

Art. 15. Além das atribuições inerentes à consecução dos deveres e obrigações destinadas por esta Lei e as Leis superiores, são atribuições dos Conselheiros:

I - representar a Entidade que o tenha designado junto ao Conselho;

II - realizar as tarefas específicas determinadas pelo Conselho;

III - compor as Comissões e os Grupos de Trabalho do Conselho;

IV - representar o Conselho quando designado.

CAPÍTULO V
DOS ÓRGÃOS DOS CONSELHOS

SEÇÃO I
DOS COLEGIADOS

Art. 16. O Colegiado, órgão máximo de deliberação em cada um dos Conselhos, Municipal e Distritais, é a reunião efetiva dos Conselheiros.

Parágrafo único. O Colegiado se reunirá ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente quantas vezes sejam necessárias e existirem condições estruturais para a sua realização, desde que convocados:

I - pelo Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro;

II - pelo Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil;

III - pelo Presidente do Conselho;

IV - pela Comissão Executiva do Conselho;

V - por um terço de seus membros.

Art. 17. Ressalvadas as condições específicas relativas às eleições previstas nesta Lei, o quórum mínimo para as decisões sobre as deliberações pertinentes aos Colegiados dos Conselhos serão tomadas pela metade mais um de seus membros.

Parágrafo único. Não se verificando, durante os primeiros trinta minutos do horário pré-estabelecido para o início da reunião, o quórum determinado no caput, poderá se iniciar a reunião quando o número dos presentes atingir a marca que seja igual a um quarto mais um dos Conselheiros.

Art. 18. O Colegiado do CMS aprovará no prazo máximo de noventa dias, contados da data da publicação desta Lei, os Regimentos Internos próprio e dos demais Conselhos.

SEÇÃO II
DAS PRESIDÊNCIAS

Art. 19. Cada Conselho Distrital e o CMS terão um Presidente.

§ 1º Os Presidentes dos Conselhos serão eleitos entre seus membros, mediante o voto aferido através do escrutínio direto e secreto, obtido da maioria absoluta de seus representantes, para um mandato de quatro anos, podendo ser reconduzidos por mais um período equivalente, após nova disputa eleitoral.

§ 2º As eleições previstas no § 1º, ocorrerão no prazo máximo de trinta dias posteriores à

nomeação dos membros do Conselho respectivo.

Art. 20. São atribuições dos Presidentes:

I - coordenar o conjunto de atividades do Conselho que preside;

II - representar o Conselho respectivo;

III - presidir a Comissão Executiva do seu Conselho;

IV - assinar as deliberações do Conselho correspondente.

Art. 21. O Presidente do CMS e o Presidente de cada Conselho Distrital serão substituídos nos seus impedimentos por um dos membros de cada Comissão Executiva, respectiva.

Parágrafo único. O substituto de cada Presidente, referido no caput, será eleito pelos membros do Conselho respectivo na mesma oportunidade em que for escolhida a Comissão Executiva.

SEÇÃO III
DAS COMISSÕES EXECUTIVAS

Art. 22. Os Conselhos Municipal e Distritais disporão, cada um, de uma Comissão Executiva:

I - eleita para exercer mandato de um ano, pela maioria simples dos Conselheiros, após indicação de cada segmento, em reunião que deverá se realizar no prazo máximo de trinta dias posteriores à nomeação dos membros do Conselho respectivo;

II - composta por quatro representantes do segmento dos usuários, dois representantes do segmento dos profissionais de saúde e dois dos representantes do segmento dos prestadores de serviços de saúde;

III - com as seguintes atribuições:

a) elaborar e aprovar, em reunião do Conselho, o Regimento responsável pelo funcionamento da própria Comissão;

b) representar o Conselho quando for designado;

c) coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho;

d) acompanhar a execução das deliberações do Conselho;

e) tomar decisões, ad referendum, em casos de premente necessidade, diante da impossibilidadede reunir, de forma imediata, o quorum necessário para a decisão dos membros do Conselho;

f) responsabilizar-se pela análise e encaminhamento dos documentos dirigidos ao Conselho;

g) propor a pauta para as reuniões do Conselho.

§ 1º Um dos membros da Comissão Executiva será eleito pelo colegiado para substituir o Presidente do respectivo Conselho, nos impedimentos deste.

§ 2º A cada Conselheiro será permitida apenas uma única recondução à Comissão Executiva.

SEÇÃO IV
DAS COMISSÕES E GRUPOS DE TRABALHO

Art. 23. Poderão ser criadas nos Conselhos Comissões ou Grupos de Trabalho para todo e qualquer assunto de suas pertinências.

§ 1º Cada Comissão ou Grupo de Trabalho, previsto neste artigo, poderá ser constituído por convidados, mas deverá ser presidido por um Conselheiro.

§ 2º Cada Comissão ou grupo de Trabalho, previsto neste artigo, decidirá, na primeira reunião que realizar, sobre as normas internas que nortearão seu funcionamento.

Art. 24. Serão criadas Comissões encarregadas de organizar as Conferências Municipal e Distritais de Saúde, compostas pelos Conselheiros em cada Conselho, respeitada a composição paritária prevista pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

§ 1º A Comissão Organizadora da Conferência Municipal será coordenada pelo Secretário Executivo.

§ 2º A Comissão Organizadora da Conferência Municipal apresentará, para a deliberação do Colegiado do Conselho Municipal, a regulamentação que incidirá sobre o funcionamento da Conferência Municipal e os critérios que deverão ser respeitados pelas Comissões Organizadoras das Conferências Distritais.

§ 3º Ressalvado o disposto no § 2º, todas as decisões das Comissões, previstas neste artigo, serão levadas para homologação nos Colegiados respectivos.

Art. 25. Será criada uma Comissão Eleitoral em cada Conselho, encarregada de todo o processo eleitoral responsável pela escolha do Presidente, da Comissão Executiva e dos representantes dos Conselhos Distritais para o ConselhoMunicipal.

Parágrafo único. A Comissão Eleitoral criará e submeterá à aprovação do Colegiado respectivo o Regimento ou Regimentos pertinentes aos pleitos eleitorais previstos no caput.

CAPÍTULO VI
DA ESTRUTURA E DOS RECURSOS

SEÇÃO I
DA ESTRUTURA

Art. 26. O CMS contará com apoio administrativo e assessoramento técnico prestado pela SMSDC, através de uma Secretaria Executiva, órgão a ser por ela constituído.

Art. 27. São atribuições do Secretário Executivo:

I - assessorar ao Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil em assuntos referentes aos Conselhos de Saúde;

II - assessorar em assuntos técnicos e administrativos os Conselhos de Saúde e os órgãos a eles vinculados;

III - dar assistência às Coordenações de Saúde das Áreas de Planejamento;

IV - coordenar às atividades desenvolvidas pela Secretaria Executiva;

V - supervisionar o funcionamento dos Conselhos Distritais;

VI - assessorar e supervisionar as Comissões e Grupos de Trabalho do Conselho Municipal;

VII - organizar e manter atualizado o cadastro das Unidades de Saúde conveniadas e contratadas ao SUS;

VIII - revisar a pauta e o registro das reuniões do CMS;

IX - convocar os membros do CMS para as reuniões;

X - revisar e encaminhar para publicação as deliberações do CMS;

XI - responsabilizar-se pelo expediente do CMS;

XII - coordenar a Comissão Organizadora da Conferência Municipal de Saúde.

Parágrafo único. Em caso de necessidade especial, desde que deliberado pelo Colegiado do Conselho, o Secretário Executivo poderá recorrer a outros órgãos para complemento de apoio administrativo e assessoramento técnico.

Art. 28. A SMSDC garantirá autonomia para o pleno funcionamento do CMS e dos Conselhos Distritais de Saúde.

SEÇÃO II
DOS RECURSOS

Art. 29. Os recursos do CMS serão constituídos de:

I - dotações orçamentárias próprias;

II - doações e legados;

III - outras receitas.

Art. 30. Será disponibilizada na proposta de dotação orçamentária anual, do CMS, verba a ser destinada ao cumprimento de itens de despesas dos Conselhos Distritais de Saúde, dotando-os de suprimento para a manutenção de equipamentos, aquisição de material tecnológico, linha telefônica, internet, manutenção da sede e as despesas previstas no art. 14, desta Lei.

Art. 31. A aplicação de recursos do CMS integrará as contas da SMSDC.

Art. 32. O Conselho Municipal de Saúde apresentará, obrigatoriamente, relatório quadrimestral de suas atividades, incluindo aplicação de recursos, à Comissão de Higiene, Saúde Pública e Bem Estar Social da Câmara Municipal do Rio de Janeiro, para apreciação em Audiência Pública. (Redação dada pelo Lei nº 6.704, de 2020)

CAPÍTULO VII
DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

Art. 33. As Conferências de Saúde Municipal e Distritais serão realizadas a cada quatro anos, no mesmo período das Conferências Estadual e Nacional de Saúde, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formalização de políticas de saúde ao nível correspondente, Municipal ou local e propor políticas para as esferas Estadual e Nacional de Saúde.

§ 1º As Conferências Distritais de Saúde, realizadas em caráter ordinário, devem anteceder as Conferências Municipais de Saúde e, esta, à Conferência Estadual.

§ 2º Serão delegados à Conferência Municipal de Saúde:

I - as Entidades que componham o CMS à época da Conferência;

II - as Entidades que se enquadrem na presente Lei e se habilitem até trinta dias anteriores ao início da Conferência;

III - os delegados advindos de cada Conferência Distrital de Saúde, em número igual às representatividades de composição dos Conselhos Distritais.

§ 3º A escolha de delegados para as conferências Distritais de Saúde obedecerá aos mesmos critérios de composição dos Conselhos Distritais.

CAPÍTULO VIII
DAS PENALIDADES

Art. 34. A não observância por parte do Conselheiro do disposto no Capítulo IV, desta Lei, implicará sua substituição por outro representante da Entidade a que pertença.

Art. 35. As ausências não justificadas do Conselheiro às reuniões, por três vezes consecutivas ou seis vezes intercaladas, serão comunicadas à Entidade, por ele representada no Conselho, para que providencie sua substituição, mesmo que o suplente o tenha substituído nas faltas.

Art. 36. A conduta do Conselheiro tem que se pautar pelo respeito em relação ao local em que esteja desenvolvendo alguma atividade, aos outros conselheiros e a qualquer pessoa para qual se dirija, não sendo permitidos o uso de palavras de baixo calão, atitudes indecorosas ou que demonstrem sinais de violência.

Parágrafo único. O Conselheiro que incorrer na conduta apontada no caput, após apreciação da Comissão Executiva e aprovação do Colegiado do Conselho respectivo, terá sua substituição solicitada à Entidade, que a providenciará de imediato, sob pena de, não o fazendo, ser substituída por uma outra Entidade, mais votada, na Conferência de Saúde correspondente.

CAPÍTULO IX
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

SEÇÃO I
DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 37. A SMSDC convidará as Entidades e Instituições mencionadas nos arts. 6º e 7º, desta Lei, para participarem das Conferências Municipal e Distritais de Saúde.

Art. 38. A eleição para Presidente do CMS, aludida no art. 19, desta Lei, somente ocorrerá a partir da décima primeira Conferência Municipal de Saúde, que se realizará, excepcionalmente, no ano de 2011.

Parágrafo único. Até que se apure o resultado da eleição, de que trata o presente artigo, o Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro exercerá o cargo de Presidente do CMS.

SEÇÃO II
DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 39. Os mandatos de quatro anos aludidos nos arts. 12 e 13 desta Lei, somente se implantarão a partir das décimas primeiras conferências Municipal e Distritais de Saúde, que se realizarão, excepcionalmente, no ano de 2011.

Art. 40. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 41. Ficam revogadas as Leis n.os 1.746, de 31 de julho de 1991 e 2.011, de 31 de agosto de 1993.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 5.11.2009

3.5. Lei nº 6.258/2017 (Proibição de Contratação de Membros do CMS e dos CDSs)

Lei nº 6.258, de 11 de outubro de 2017.

Trata da proibição da contratação de membros dos Conselhos Municipal e Distrital de Saúde pelas organizações sociais, empresas e demais entidades que prestem serviços terceirizados na área de saúde pública.

Autor: Vereador Cesar Maia.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os membros dos Conselhos Municipal e Distrital de Saúde não poderão ser contratados por Organizações Sociais, empresas e/ou

demais entidades que prestem serviços terceirizados na área de saúde pública.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO CRIVELLA
Prefeito
DCM de 17.10.2017

3.6. Decreto Rio nº 44.031/2017 (Ressarcimento de Gastos com Alimentação)

Decreto Rio nº 44.031, de 7 de dezembro de 2017.

Regulamenta a Lei Municipal nº 5.104, de 03 de novembro de 2009, quanto aos critérios de ressarcimento de gastos com alimentação dos conselheiros municipais e distritais de saúde.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, no uso de suas atribuições legais, e CONSIDERANDO o disposto no inciso II, do art. 1º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 - Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde -, que torna obrigatória a existência de Conselho de Saúde no âmbito da esfera municipal de governo;

CONSIDERANDO a Lei Municipal nº 5.104, de 03 de novembro de 2009, que dispõe sobre o Conselho Municipal e os Conselhos Distritais de Saúde, desta municipalidade;

CONSIDERANDO o disposto no caput, do art. 14, da Lei Municipal nº 5.104, de 03 de novembro de 2009, que considera de relevância municipal os serviços prestados pelos conselheiros de saúde, bem como determina o pagamento dos gastos com alimentação efetuados pelos conselheiros municipais e distritais de saúde, quando a serviço do seu conselho;

CONSIDERANDO o disposto no parágrafo único, do art. 14, da Lei Municipal nº 5.104, de 03 de novembro de 2009, que determina que o pagamento dos gastos com alimentação efetuados pelos conselheiros distritais de saúde, quando a serviço do seu Conselho, somente devem ocorrer quando previamente autorizados pelos Coordenadores de Saúde das Áreas de Planejamento, respectivas, e, pelo Presidente do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, quando se tratar de serviços praticados por conselheiros municipais de saúde;

CONSIDERANDO a necessidade de padronização dos procedimentos a serem adotados pelos órgãos da Administração Municipal para a concessão da alimentação aos conselheiros de saúde;

DECRETA:

Art. 1º Para o atendimento das disposições contidas no art. 14, da Lei Municipal nº 5.104, de 03 de novembro de 2009, que dispõe sobre o Conselho Municipal e os Conselhos Distritais de Saúde, os critérios a serem adotados obedecerão às disposições e normas estabelecidas neste Decreto.

Art. 2º A alimentação poderá ser concedida aos conselheiros municipais e distritais de saúde do Rio de Janeiro, na modalidade cartão refeição ou outra denominação adotada, de ampla aceitação nos estabelecimentos comerciais que permitam a aquisição de refeições para utilização no dia em que estiver prestando serviço para os conselhos de saúde, nos termos já definidos pela Lei Municipal nº 5.104, de 2009.

§ 1º Não será concedida alimentação aos conselheiros municipais e distritais de saúde representantes dos Gestores/Prestadores de Serviços do SUS e Profissionais de Saúde do SUS que já recebam quaisquer espécies de benefício-alimentação ou outra forma de pagamento ligado à alimentação referente aos dias em que vierem a prestar serviços para os conselhos de saúde.

§ 2º A concessão da alimentação terá que ser prévia e devidamente autorizada pelos Coordenadores de Saúde das Áreas de Planejamento correspondentes aos Conselhos Distritais de Saúde, no caso dos conselheiros distritais, e pelo Presidente do Conselho Municipal de Saúde, no caso dos conselheiros municipais.

§ 3º O universo de destinatários do cartão refeição de que trata este Decreto será baseado nas nomeações dos conselheiros municipais e distritais de saúde, controladas pela Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Art. 3º Tratando-se de conselheiro que também seja servidor, o pagamento da alimentação referente neste Decreto não poderá ser convertido em pecúnia e nem ser incorporado ao vencimento e vantagens não se constituindo

salário-utilidade ou prestação salarial in natura.

Art. 4º O valor a ser pago por cada refeição será fixado em R$ 25,00 (vinte e cinco reais).

Art. 5º Compete à Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro exercer o controle relativo à regularidade da concessão e recebimento de prestação de contas referentes aos cartões refeição fornecidos a cada conselheiro municipal e distrital de saúde.

Parágrafo único. A referida prestação de contas será efetuada pela presidência de cada conselho de saúde, acompanhada da assinatura, em concordância, do Coordenador de Saúde da Área de Planejamento respectiva, no caso de conselheiros distritais, e de cada beneficiário, acusando o recebimento.

Art. 6º Para a aquisição dos cartões refeição de que trata o presente Decreto, a Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e os órgãos competentes da Secretaria Municipal de Saúde deverão:

I - observar a legislação federal pertinente e os critérios estabelecidos neste Decreto;

II - contratar, mediante licitação pública nos termos da Lei Federal nº 8.666 de 21.06.93, empresas especializadas no fornecimento dos cartões refeição;

III - assegurar que os descontos ou benefícios auferidos pela Administração, quando dos procedimentos licitatórios, incidam sobre o valor faturado em forma de redução do mesmo, vedada sua compensação com fornecimento de cartões refeição ou quaisquer outros meios não registrados na fatura.

Art. 7º A Controladoria Geral do Município – CGM - procederá ao acompanhamento periódico das despesas referidas neste Decreto, podendo baixar resolução com o objetivo de aprimorar os controles.

Art. 8º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 07 de dezembro de 2017 - 453º da Fundação da Cidade.

MARCELO CRIVELLA
Prefeito

D.O. RIO de 8.12.2017

3.7. Deliberação S/COMS nº 64/2010 (Regimento Interno do CMS)

Deliberação S/COMS nº 64, de 29 de setembro de 2010.

Aprova o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde.

O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso de suas competências conferidos pela Lei Municipal nº 5.104/2009, e tendo em vista o que consta do Ofício S/SECOMS nº 126, de 29/09/2010,

DELIBERA:

Art. 1º Aprovar o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde, conforme decisão da reunião Extraordinária do Colegiado, realizada no dia 27 de setembro de 2010.

Art. 2º Acompanha esta deliberação, o anexo único que trata do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de acordo como foi aprovado pelo Colegiado.

Art. 3º Esta deliberação entra em vigor com efeitos retroativos a 27/09/2010.

Rio de Janeiro, 29 de setembro de 2010

HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN

D.O. RIO de 19.10.2010

PCRJ - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

ANEXO ÚNICO DE QUE TRATA A DELIBERAÇÃO S/COMS Nº 64 DE 29 DE SETEMBRO DE 2010.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO REGIMENTO INTERNO
(Previsto pelo art. 18 da Lei nº 5.104 de 03 de novembro de 2009)

CAPÍTULO I
DEFINIÇÃO

Art. 1º O presente Regimento Interno estabelece normas de funcionamento e de organização do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - CMS, instituído pela Lei Municipal nº 5.104 de novembro de 2009, fundado em 31 de julho de 1991 através da Lei Municipal nº 1.746.

Art. 2º O Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - CMS, órgão colegiado e permanente do Sistema Municipal de Saúde, tem caráter deliberativo, consultivo e fiscalizador sobre os temas de sua competência.

Art. 3º O Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - CMS, integra a estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - SMSDC, nos termos da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, para auxiliar a administração pública na análise, planejamento e aplicação de políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros, bem como na fiscalização das ações governamentais e nas decisões de matéria de sua competência.

CAPÍTULO II
COMPETÊNCIAS DO CONSELHO

Art. 4º Compete ao CMS participar da análise, da elaboração e da atualização das políticas do Sistema Único de Saúde - SUS, como fiscalizador dessa política e atuante no sentido de:

I - formular estratégias de controle do SUS;

II - propor diretrizes para elaboração de Plano de Saúde do Município e de suas Áreas de Planejamento;

III - propor metas para assistência da saúde da população do Município;

IV - propor critérios para programação, execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde - FMS e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos;

V - aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, conforme disposto no art. 195, § 2º, da Constituição Federal, bem como observar o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes disposto no art. 36, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

VI - fiscalizar, deliberar sobre critérios e manter sob controle a movimentação de recursos, incluindo os do Fundo Municipal de Saúde - FMS e demais transferidos e os próprios do Município, do Estado e da União;

VII - fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e no encaminhamento de qualquer denúncia de irregularidade ao respectivo órgão, conforme legislação vigente;

VIII - propor adoção e acompanhamento de critérios definidores da qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da saúde;

IX - estabelecer critérios para a determinação da periodicidade de quatro em quatro anos das Conferências de Saúde, propondo sua convocação junto à Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - SMSDC, estruturando a comissão organizadora, submetendo o respectivo Regimento e os critérios de funcionamento das Conferências Distritais de Saúde ao Colegiado do CMS, explicitando deveres e funções dos conselheiros;

X - estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais Colegiados de Controle Social como os da seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;

XI - apoiar a promoção da educação para o Controle Social, dando ênfase ao conteúdo programático em que constem os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do CMS, bem como a legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento;

XII - realizar campanhas de educação para a saúde da população do Município;

XIII - examinar contratos e convênios, propondo sua revisão ou rescisão, se os considerar inconvenientes para o SUS;

XIV - discutir, elaborar e aprovar a proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pela Conferência Municipal de Saúde;

XV - avaliar e aprovar a política para os recursos humanos do SUS;

XVI - propor e aprovar seu Regimento Interno e os dos Conselhos Distritais;

XVII - estabelecer normas para a implantação e o funcionamento dos Conselhos Distritais e supervisionar suas atividades;

XVIII - criar mecanismos de cooperação e de intercâmbio entre os diversos Conselhos Distritais de Saúde.

CAPÍTULO III
COMPOSIÇÃO DO CONSELHO

SEÇÃO I
COMPOSIÇÃO

Art. 5º O CMS será composto por:

I - dez representantes dos usuários do SUS, pertencentes a entidades de atuação no âmbito Municipal;

II - dez membros representantes do segmento dos Profissionais de Saúde do SUS, indicados pelas entidades de atuação no âmbito Municipal;

III - dez membros indicados pelo segmento dos Prestadores de Serviços do SUS, da seguinte forma:

a) Três membros indicados pelos Prestadores Públicos de Serviços de Saúde do SUS, através da SMSDC;

b) O Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro;

c) Dois membros indicados pelos Prestadores de Serviços de Saúde Privados, contratados pelo SUS;

d) Dois membros indicados pelos Prestadores de Serviços Filantrópicos, conveniados com o SUS;

e) Dois membros indicados pelas Universidades que possuam curso de graduação na área de saúde;

IV - dez membros do segmento dos usuários do SUS, representantes dos dez Conselhos Distritais de Saúde, indicados por cada um dos Conselhos.

§ 1º A escolha dos membros dispostos nos incisos I, II e III, ocorre nas Conferências Municipais de Saúde, com exceção dos representantes dos Prestadores Públicos de Serviços do SUS, que serão indicados pela SMSDC, através do Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil.

§ 2º Os suplentes são indicados pelas entidades citadas nos incisos, deste artigo, na medida das suas possibilidades de fazê-lo, não passando de um suplente para cada representante respectivo, que poderá substituir o titular nos seus impedimentos ou vacância.

SEÇÃO II
ENTIDADES E SUAS REPRESENTAÇÕES

Art. 6º São condições impostas às Entidades para que possam compor o CMS:

I - estar com seus atos constitutivos em conformidade com as normas emanadas pelo Código Civil Brasileiro e as leis vigentes;

II - constar em seus estatutos permissão de atuação em todo o Município do Rio de Janeiro;

III - os membros do CMS não poderão representar mais de uma Entidade;

IV - nenhuma Entidade poderá ter representante nos Conselhos Municipal e Distrital ou Distrital de uma Área de Planejamento e outra ao mesmo tempo, ressalvados os casos previstos em Lei;

V - os membros dos Conselhos não poderão mudar de representação de Entidades durante o mandato em vigência;

VI - as Entidades procurarão manter como seus representantes pessoas capazes de responder a este compromisso com assiduidade e pontualidade, não sendo facultado aos suplentes falar ou votar em nome delas quando seus titulares estiverem no exercício da sua representação.

Parágrafo único. Não se considera interrupção de mandato as reconduções ininterruptas permitidas por lei, sendo permitido aos representantes titulares das Entidades, aludidas no "caput" do presente artigo, o exercício, de forma contínua, em apenas dois mandatos ininterruptos.

Art. 7º O exercício das funções de membro do Conselho Municipal de Saúde será considerado como prestação de serviços relevantes ao Município e, em hipótese alguma, será remunerado.

Parágrafo único. Os Conselheiros serão ressarcidos dos gastos com transporte para deslocamento, hospedagem e refeição quando a serviço do CMS, desde que tenham sido autorizados prévia e devidamente pelo Presidente do CMS.

SEÇÃO III
NOMEAÇÕES

Art. 8º As Entidades do CMS serão nomeadas pelo Prefeito para um mandato de quatro anos, podendo ser reconduzidas.

Art. 9º Os representantes das Entidades do CMS serão nomeados pelo Prefeito para um mandato de quatro anos, podendo ser reconduzidos por mais um período equivalente, ou substituídos a qualquer momento, se for requerido pela Entidade, ou pelo Colegiado do Conselho.

Parágrafo único. A posse solene dos representantes referidos no "caput" se dará no início do ano posterior à Conferência Municipal de Saúde, até quinze dias após suas nomeações.

Art. 10. As Entidades e seus representantes do CMS terão mandato de dois anos, até o início do ano de 2012, quando passará a ser de quatro anos.

CAPÍTULO IV
ATRIBUIÇÕES DOS CONSELHEIROS

Art. 11. Além das atribuições inerentes à consecução dos deveres e obrigações destinadas pela Lei nº 5.104/2009 e as Leis superiores, são atribuições dos Conselheiros:

I - representar a Entidade que o tenha designado junto ao CMS;

II - realizar as tarefas específicas determinadas pelo CMS;

III - compor as Comissões e os Grupos de Trabalho do CMS;

IV - representar o CMS quando designado.

CAPÍTULO V
ÓRGÃOS DO CONSELHO

Art. 12. São órgãos do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - CMS:

I - COLEGIADO;

II - PRESIDÊNCIA;

III - SECRETARIA EXECUTIVA;

IV - COMISSÃO EXECUTIVA;

V - COMISSÕES E GRUPOS DE TRABALHO.

SEÇÃO I
COLEGIADO

Art. 13. O Colegiado do CMS é o fórum de deliberação plena e conclusiva, configurado por Reuniões Ordinárias e Extraordinárias, de acordo com os requisitos de funcionamento estabelecidos neste Regimento Interno.

SUBSEÇÃO 1
COMPOSIÇÃO

Art. 14. O Colegiado é a reunião de todas as Entidades que compõem o CMS, através de seus representantes titulares, substituídos ocasionalmente por seus suplentes.

SUBSEÇÃO 2
FUNCIONAMENTO

Art. 15. O Colegiado do CMS reunir-se-á, ordinariamente, 1 (uma) vez por mês, e, extraordinariamente, quantas vezes sejam necessárias, por convocação do Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro, do Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil, de seu Presidente, da sua Comissão Executiva ou em decorrência de requerimento de um terço dos seus membros.

Art. 16. As deliberações do Colegiado serão tomadas, nos primeiros trinta minutos, com a presença mínima da metade mais um dos seus membros. Após esses trinta minutos, com no mínimo o equivalente a um quarto mais um.

Parágrafo único. O quorum será verificado apenas nos momentos pré-estabelecidos no parágrafo anterior.

Art. 17. O Colegiado será presidido pelo Presidente do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e na sua ausência, pelo seu substituto.

Parágrafo único. Na ausência do Presidente e seu substituto, o Colegiado será presidido por um dos membros da Comissão Executiva do Conselho Municipal de Saúde, eleito entre eles.

Art. 18. As Reuniões do Colegiado do CMS, observada a legislação vigente, terão as seguintes rotinas para ordenamento de seus trabalhos:

I - as matérias para pautas, após o processo de exame prévio preparatório por parte da Comissão Executiva do CMS, serão apresentadas, por escrito, destacando-se os pontos essenciais, e pautadas para a próxima reunião posterior ao exame e encaminhamento da Comissão Executiva;

II - no início de cada reunião poderá ser pedido vistas, aos processos de convênios e credenciamentos junto ao SUS, devendo o procedimento administrativo retornar, impreterivelmente, até o final da reunião para apreciação e votação, mesmo que este direito seja exercido por mais de 1 (um) Conselheiro;

III - cada membro do Colegiado terá direito a exercer apenas um voto por assunto em deliberação, manifestando-se, de acordo com o que solicitar a mesa coordenadora da reunião, contrariamente, favoravelmente ou abstendo-se na votação;

IV - qualquer recontagem de votos deve ser realizada quando a mesa julgar necessário ou quando solicitada por um ou mais membros do Colegiado;

V - ocorrendo o empate nas votações, caberá a Presidência do Colegiado, além do voto ordinário, o voto de qualidade;

VI - aos que se abstiverem de votar, que manifestarem, no ato do voto, o desejo de declarar sua abstenção, poderão exercê-la após a apuração dos votos e o anúncio da proposta vencedora, por um período de tempo não superior a um minuto;

VII - Questão de Ordem, de Esclarecimento e de Encaminhamento:

a) a Questão de Ordem é direito exclusivamente ligado ao cumprimento dos dispositivos regimentais e legais;

b) a Questão de Ordem só pode ser solicitada por membro do Colegiado, cabendo ao coordenador da mesa avaliar a pertinência de acatá-la ou não, ouvindo-se o Plenário em caso de conflito com o requerente;

c) a Questão de Esclarecimento só pode ser solicitada por membro do Colegiado e nos casos em que a matéria não tiver sido bem esclarecida pela coordenação da mesa ou por quem ela tiver delegado a fazê-lo;

d) a Questão de Esclarecimento deve ser dirigida ao coordenador da mesa que deve avaliar a pertinência de acatá-la ou não, ouvindo-se o Plenário em caso de conflito com o requerente;

e) a Questão de Encaminhamento só pode ser solicitada por membro do Colegiado e nos casos em que a matéria não tiver sido bem encaminhada pela coordenação da mesa coordenadora ou por quem ela tiver delegado a fazê-lo;

f) a Questão de Encaminhamento deve ser dirigida ao coordenador da mesa que deve avaliar a pertinência de acatá-la ou não, ouvindo-se o Plenário em caso de conflito com o requerente.

VIII - não serão acatados pedidos de Questão de Ordem, de Esclarecimento, Encaminhamento, nem qualquer outro tipo manifestação inadequada, depois de iniciada a votação;

IX - os presentes à reunião que por ventura tiverem seus nomes ou os das entidades a que representam citados por algum palestrante, de forma a que venha suscitar alguma dúvida que possibilite atingir negativamente às suas imagens, poderão solicitar à coordenação da mesa diretora o uso da palavra pelo período não superior a um minuto para negar ou esclarecer melhor o motivo de sua citação;

X - os presentes às reuniões do Colegiado e das Comissões do CMS deverão manter comportamento de respeito à ordem dos trabalhos e aos demais presentes, sob pena de ter de acatar ordem de retirada do recinto e ainda sofrer as demais penalidades previstas neste Regimento Interno e nas leis vigentes.

Parágrafo único. Ao coordenador da mesa cabe avaliar e indicar, caso concorde com o pedido de esclarecimento, de encaminhamento, e/ou de citação quem deverá fazê-lo.

Art. 19. As reuniões do Colegiado devem ser gravadas e das atas devem constar:

I - relação dos participantes com o nome de cada membro, menção da titularidade (titular ou suplente) e do órgão ou entidade que representa;

II - resumo de cada informe, onde conste de forma sucinta o nome do Conselheiro e o assunto ou sugestão apresentada;

III - relação dos temas abordados na ordem do dia com indicação do responsável pela apresentação e a inclusão de alguma observação quando expressamente solicitada por membro do Colegiado do CMS;

IV - as deliberações tomadas, inclusive quanto à aprovação da ata da reunião anterior, registrando qual tipo de maioria, simples ou qualificada, obteve a proposta vencedora, incluindo votação nominal quando solicitada.

§ 1º O teor integral das matérias tratadas nas reuniões do Colegiado estará disponível na Secretaria Executiva do CMS em gravação e/ou em cópia de documentos.

§ 2º A Secretaria Executiva do CMS providenciará a remessa de cópia da ata de modo que cada Conselheiro possa recebê-la, no mínimo, 7 (sete) dias antes da reunião em que será apreciada.

§ 3º As emendas e correções à ata serão entregues pelos membros do Colegiado na Secretaria Executiva do CMS até o início da reunião que a apreciará.

Art. 20. As deliberações do Colegiado serão identificadas pelo seu tipo e numeradas correlativamente.

Art. 21. As deliberações do Colegiado do CMS serão assinadas por seu presidente, homologadas pelo Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil e publicadas no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro (D.O.M.).

Art. 22. A pauta da reunião ordinária constará de:

I - discussão e aprovação da ata da reunião anterior;

II - ordem do dia constando os temas previamente definidos e preparados pela Comissão Executiva do CMS;

III - deliberações encaminhadas previamente pela Comissão Executiva do CMS;

IV - expediente constando de informes da mesa e dos Conselheiros;

V - encerramento.

§ 1º A definição da ordem do dia, partirá das exigências de obrigações legais, da relação dos temas básicos aprovados pelas Conferências de Saúde, do Plano Municipal de Saúde, do Colegiado, dos produtos das comissões e das indicações da Comissão Executiva do CMS.

§ 2º Cabe à Comissão Executiva do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro a preparação de cada tema da pauta da ordem do dia, com documentos e informações disponíveis, inclusive destaques aos pontos recomendados para deliberação, a serem distribuídos, sempre que possível, pelo menos uma semana antes da reunião, disponibilizando-os na Secretaria Executiva do CMS.

§ 3º Sem prejuízo do disposto no § 1º, deste artigo, a Comissão Executiva do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro poderá proceder à seleção de temas obedecidos os seguintes critérios:

a) Pertinência (inserção clara nas atribuições legais do Conselho);

b) Relevância (inserção nas prioridades temáticas definidas pelo Conselho);

c) Tempestividade (inserção no tempo oportuno e hábil);

d) Precedência (ordem da entrada da solicitação).

§ 4º Os informes não comportam discussão e votação, somente esclarecimentos breves:

a) Os Conselheiros e os demais presentes que desejarem apresentar os informes devem inscrever-se na Secretaria Executiva até uma hora posterior ao início previsto para a Reunião, apontando o assunto que abordará;

b) Para apresentação do seu informe cada inscrito disporá de 5 minutos improrrogáveis;

c) Em caso de polêmica ou necessidade de deliberação, o assunto deverá passar a constar da ordem do dia da próxima reunião ou ser pautado para a próxima, sempre a critério do Colegiado do CMS.

SEÇÃO II
PRESIDÊNCIA

Art. 23. O CMS terá um Presidente.

Art. 24. São atribuições do Presidente:

I - coordenar o conjunto de atividades do CMS;

II - representar o CMS;

III - presidir o Colegiado do CMS;

IV - presidir a Comissão Executiva do CMS;

V - assinar as deliberações do CMS.

Art. 25. O Presidente será substituído nos seus impedimentos por um dos membros da Comissão Executiva do CMS.

SEÇÃO III
SECRETARIA EXECUTIVA

Art. 26. São atribuições do Secretário Executivo:

I - assessorar em assuntos técnicos e administrativos o Conselho Municipal, os dez Conselhos Distritais de Saúde e os órgãos a eles vinculados;

II - coordenar as atividades desenvolvidas pela Secretaria Executiva;

III - supervisionar o funcionamento dos Conselhos Distritais de Saúde;

IV - assessorar e supervisionar as Comissões e Grupos de Trabalho do CMS;

V - organizar e manter atualizado o cadastro das Unidades de Saúde conveniadas e contratadas ao SUS;

VI - revisar a pauta e o registro das reuniões do CMS;

VII - convocar os membros do CMS para as reuniões;

VIII - revisar e encaminhar para publicação as deliberações do CMS;

IX - responsabilizar-se pelo expediente do CMS;

X - coordenar a Comissão Organizadora da Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro;

XI - manter organizado e atualizado o cadastro das Entidades que compõem o CMS e os CODS.

Parágrafo único. Em caso de necessidade especial, desde que deliberado pelo Colegiado do CMS, o Secretário Executivo, poderá recorrer a outros órgãos para complemento de apoio administrativo e assessoramento técnico.

SEÇÃO IV
COMISSÃO EXECUTIVA

Art. 27. O CMS disporá de uma Comissão Executiva:

I - presidida pelo Presidente do CMS;

II - composta por quatro representantes do segmento dos usuários, dois representantes do segmento dos profissionais de saúde e dois dos representantes do segmento dos gestores/prestadores de serviços de saúde;

III - com as seguintes atribuições:

a) elaborar e aprovar, em reunião do Colegiado do CMS, o Regimento responsável pelo funcionamento da própria Comissão;

b) quando designados, representar o CMS;

c) coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias do Colegiado do CMS;

d) encaminhar para a Secretaria Executiva do CMS e acompanhar a execução das deliberações do CMS;

e) tomar decisões, ad referendum, em casos de premente necessidade, diante da impossibilidade de reunir, de forma imediata, o quorum necessário para a decisão dos membros do Colegiado do CMS;

f) submeter as decisões ad referendum da Comissão Executiva ao Colegiado para deliberação;

g) responsabilizar-se pela análise e encaminhamento dos documentos dirigidos ao CMS;

h) propor a pauta para as reuniões do Colegiado do CMS;

i) substituir, através de um de seus membros, o Presidente do CMS nos impedimentos deste.

Parágrafo único. O Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro comporá a Comissão Executiva, como um dos membros indicados pelos gestores/prestadores públicos de Serviços de Saúde do SUS, referidos no inciso II, deste artigo.

SEÇÃO V
COMISSÕES E GRUPOS DE TRABALHO

Art. 28. Poderão ser criadas no CMS Comissões ou Grupos de Trabalho, cujas finalidades estão ligadas à otimização, agilização das condutas do Conselho e apreciação das questões referentes a cada tema, para proposição de soluções sobre os assuntos pertinentes ao Controle Social.

I - Cada Comissão ou Grupo de Trabalho, previstos neste artigo, será composta por conselheiros do CMS eleitos pelo Colegiado e convidados;

II - Cada Comissão ou Grupo de Trabalho, previstos neste artigo, só poderá ser presidida por Conselheiro do CMS;

III - Cada conselheiro do CMS deverá participar de, no mínimo, uma Comissão ou Grupo de Trabalho;

IV - As Comissões receberão demandas oriundas do Colegiado para execução das ações pertinentes.

Parágrafo único. Todas as decisões das comissões, previstas neste artigo serão levadas à homologação do Colegiado do CMS.

Art. 29. Cada Comissão ou grupo de Trabalho decidirá, na primeira reunião que realizar, sobre as normas internas que nortearão seu funcionamento, excluindo-se qualquer possibilidade de contraposição a este regimento ou às leis vigentes.

CAPÍTULO VI
CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

Art. 30. As Conferências Distritais e Municipal de Saúde serão convocadas pela SMSDC e realizadas a cada quatro anos, no mesmo período das Conferências Estadual e Nacional de Saúde.

Art. 31. As Conferências Distritais de Saúde, realizadas em caráter ordinário, devem anteceder a Conferência Municipal de Saúde e, esta, à Conferência Estadual.

Parágrafo único. As Conferências Distritais e Municipal de Saúde serão norteadas pelo eixo central de discussão oriundo do Conselho Nacional de Saúde, sem prejuízo da discussão dos temas locais.

Art. 32. O quadro de delegados para as Conferências Municipal e Distritais de Saúde será preenchido:

I - pelas entidades que componham os Conselhos à época da realização das conferências e se encontrem regularizadas de acordo com a lei vigente;

II - pelas as entidades que se enquadrem na Lei nº 5.104/2009;

III - pelas as entidades que se habilitem até trinta dias anteriores ao início de cada conferência respectiva;

IV - pelos delegados advindos de cada Conferência Distrital de Saúde, em número igual às representatividades de composição dos Conselhos Distritais, para a Conferência Municipal.

Parágrafo único. A escolha de delegados para as conferências Distritais de Saúde obedecerá aos mesmos critérios de composição dos Conselhos Distritais, previstos na Lei nº 5.104/2009.

Art. 33. Será criada uma comissão encarregada de organizar a Conferência Municipal de Saúde, composta pelos Conselheiros do CMS, respeitada a composição paritária prevista pela Lei
nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e de convidados que o Colegiado do CMS julgar relevantes.

I - A comissão será coordenada pelo Secretário Executivo do CMS.

II - A comissão apresentará, em sessenta dias após a sua eleição, para a deliberação do Colegiado do CMS, a regulamentação que incidirá sobre o funcionamento da Conferência Municipal e os critérios que deverão ser respeitados por ela e pelas Comissões Organizadoras das Conferências Distritais, dentre eles:

a) participação das representações dos vários segmentos sociais;

b) compromisso de avaliação situacional da saúde;

c) estabelecimento de propostas de diretrizes para a formalização de políticas de saúde, tanto para os níveis locais, respeitando-se suas especificidades, e municipal, como para as esferas estadual e nacional.

CAPÍTULO VII
ELEIÇÕES

Art. 34. Será criada uma Comissão Eleitoral no CMS, composta paritariamente por quatro conselheiros, no mesmo dia em que se der a posse solene dos Conselheiros, encarregada de todo o processo eleitoral responsável pela escolha do Presidente e da Comissão Executiva.

I - As eleições previstas no caput do presente artigo ocorrerão no prazo máximo de trinta dias posteriores à nomeação dos membros do CMS.

II - A Comissão Eleitoral criará e submeterá à aprovação do Colegiado do CMS, até dez dias após a sua posse, o Regimento ou Regimentos pertinentes aos pleitos eleitorais previstos no "caput".

Art. 35. O Presidente do CMS será eleito para um mandato de quatro anos, podendo acumular seguidamente mais um período equivalente, após nova disputa eleitoral.

Art. 36. O Presidente do CMS será eleito entre seus membros, mediante o voto aferido através do escrutínio direto e secreto, obtido da maioria absoluta de seus representantes.

Parágrafo único. Maioria absoluta corresponde à obtenção de cinquenta por cento mais um de votos dentre todos os membros do CMS, ou seja, o número mínimo de vinte e um votos.

Art. 37. A Comissão Executiva do CMS será eleita para exercer mandato de um ano, pela maioria simples dos Conselheiros votantes, respeitado o quorum estabelecido para as reuniões do Colegiado e após a indicação de cada segmento.

§ 1º A cada Conselheiro do CMS será permitida apenas uma única recondução à Comissão Executiva durante a vigência de cada mandato de sua entidade.

§ 2º Maioria simples significa a obtenção do número de votos da maioria dos Conselheiros do CMS presentes, respeitado o quorum necessário.

Art. 38. Um dos membros da Comissão Executiva do CMS será eleito pelo Colegiado para substituir o Presidente do Conselho nos impedimentos deste, pelo mesmo formato e na mesma oportunidade e em que for escolhida a Comissão Executiva.

Art. 39. As eleições de conselheiros para composição das comissões ou grupos de trabalho aludidos no art. 28, do presente Regimento Interno, serão realizadas em reunião extraordinária do Colegiado, após a primeira reunião ordinária posterior às eleições da Comissão Executiva.

I - Antes do início do processo eleitoral, previsto no caput, serão definidas pelo Colegiado do CMS, as comissões ou grupos de trabalho a serem implantadas para o mandato em vigência;

II - As eleições referidas no "caput" serão apuradas por voto aberto da maioria simples dos Conselheiros e conduzidas pela coordenação da reunião.

Art. 40. A eleição de Conselheiros do CMS para compor a Comissão Organizadora da Conferência Municipal de Saúde, aludida no art. 33, será realizada na segunda reunião ordinária do ano em que ocorrer o evento.

I - A comissão será composta paritariamente por oito Conselheiros;

II - A eleição será conduzida pela coordenação da reunião e apurada através do voto aberto da maioria simples dos Conselheiros.

CAPÍTULO VIII
PENALIDADES

Art. 41. A manutenção dos princípios e valores básicos, como a responsabilidade, a cooperação, o respeito, a justiça, a transparência, a imparcialidade, a representatividade, o compromisso social, o cumprimento da vontade da maioria, o respeito às minorias, devem reger cada relação, interna ou externa, de maneira a manter a confiança e credibilidade dos propósitos do CMS e da sociedade.

Art. 42. No sentido de cumprir o implícito no art. 41 deste capítulo, implicam em substituição do Conselheiro por parte da Entidade:

I - o não cumprimento das questões a ele inerentes por parte da Lei nº 5.104/2009 e as leis superiores;

II - deixar de representar a Entidade que o tenha designado;

III - deixar de cumprir as tarefas específicas determinadas pelo Colegiado do CMS;

IV - deixar de compor as Comissões e os Grupos de Trabalho do CMS;

V - deixar de representar o CMS quando designado para tal;

VI - deixar de comparecer, de forma injustificada, a 3 (três) reuniões consecutivas ou a 6 (seis) intercaladas no período do mandato vigente, mesmo que seu suplente o tenha substituído;

VII - ter condutas desviadas da cordialidade e do respeito quanto ao local em que esteja desenvolvendo alguma atividade pertinente ao Conselho, aos demais Conselheiros ou qualquer outra pessoa;

VIII - o uso de linguajar e gestos obscenos;

IX - a utilização de atitudes que agridam moralmente às pessoas ou as Entidades, ou que transpareçam alguma forma de violência.

§ 1º As justificativas de ausências deverão ser apresentadas na Secretaria Executiva do CMS até 48 horas úteis após a reunião.

§ 2º Todos os casos previstos neste artigo serão submetidos à apreciação da Comissão Executiva que deverá encaminhá-los ao Colegiado do CMS para decisão.

§ 3º A Entidade que tiver a substituição de seu representante solicitada e não acatá-la de forma imediata, será substituída por outra Entidade que não tenha sido eleita para o mandato vigente, mas que tenha alcançado entre as não eleitas, o maior número de votos na ocasião da Conferência de Saúde em que se deu o pleito que originou o mandato.

CAPÍTULO IX
DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 43. O presente Regimento Interno, em obediência ao art. 18 da Lei nº 5.104/2009, será aprovado pelo Colegiado do CMS.

Art. 44. O quorum necessário para o início da discussão para aprovação do presente Regimento Interno será de cinquenta por cento, mais um dos membros do Colegiado do CMS, presentes em primeira convocação.

Art. 45. O quorum necessário para o início da discussão para aprovação do presente Regimento Interno, em segunda convocação, trinta minutos após a primeira convocação, será de um quarto mais um dos membros do Colegiado do CMS presentes.

Art. 46. As decisões sobre o presente Regimento Interno serão consideradas, respeitado o quorum estabelecido, quando alcançarem à vontade da maioria simples.

Art. 47. Após a entrada em vigor, qualquer modificação deste Regimento Interno só poderá ser processada quando, respeitado o quorum estabelecido no art. 44, deste capítulo, forem favoráveis, no mínimo, vinte e um membros do Colegiado do CMS, em reunião extraordinária, exclusiva para este fim.

Art. 48. Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação.

Rio de Janeiro, 27 de setembro de 2010.

Colegiado do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, décimo nono ano da constituição do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

3.8. Lei nº 3.189/2001 (Orçamento Participativo)

Lei nº 3.189, de 23 de março de 2001.

Dispõe sobre a participação da comunidade no processo de elaboração, definição e acompanhamento da execução do orçamento plurianual de investimentos, das diretrizes orçamentárias e do orçamento anual.

Autor: Vereador Eliomar Coelho.

CAPÍTULO I
DO REGULAMENTO

Art. 1º A participação da comunidade no processo de elaboração, definição e acompanhamento da execução do Orçamento Plurianual de Investimentos, das Diretrizes Orçamentárias e do Orçamento Anual, assegurada pelo art. 255 da Lei Orgânica do Município, se orientará por esta Lei e pelo Regulamento do Orçamento Participativo.

Art. 2º O Regulamento do Orçamento Participativo estabelecerá as normas e regras da participação popular, com base nas discussões e experiências da própria comunidade, observando-se a legislação em vigor, e terá, entre outros, os seguintes objetivos:

I - definir os critérios para a seleção e computação das prioridades da comunidade em relação aos temas da política municipal e as obras e serviços públicos, no âmbito de cada região ou setor e a nível da cidade;

II - determinar os critérios para a eleição dos representantes da comunidade em cada região ou setor, respeitando-se a proporcionalidade em relação ao número de participantes das rodadas de discussões;

III - estabelecer as formas mais adequadas de organização das discussões com a comunidade para que seja possível mobilizar, reunir ou ouvir a opinião do maior número de pessoas.

Art. 3º O Regulamento será elaborado pelo Conselho Popular do Orçamento, definido nos arts. 11 e 12 desta Lei, em parceria com o Poder Executivo, cabendo ao Conselho a sua aprovação.

Art. 4º O Regulamento será amplamente discutido nas reuniões com a comunidade e revisado anualmente.

CAPÍTULO II
DAS RODADAS DE DISCUSSÕES

Art. 5º O Poder Executivo desenvolverá discussões com a comunidade sobre as propostas orçamentárias, particularmente a aplicação dos recursos destinados aos investimentos, devendo cumprir as seguintes etapas:

I - realização de duas rodadas de discussões voltadas para o conjunto da comunidade e realizadas por regiões ou setores da atividade pública e cujo objetivo principal é eleger seus representantes;

II - realização de discussões e atividades conjuntas com os representantes da comunidade eleitos para o Conselho e os Fóruns Populares do Orçamento, definidos no Capítulo III desta Lei.

§ 1º O calendário dessas discussões e atividades será fixado, de comum acordo, pelo Poder Executivo e o Conselho Popular do Orçamento, levando-se em conta os prazos legais para entrega dos projetos e aprovação das leis orçamentárias.

§ 2º O Poder Executivo designará técnicos das áreas de planejamento, orçamento e finanças para acompanhar e assessorar as discussões em cada região e setor.

Art. 6º Todas as discussões, pesquisas e consultas e todo o trabalho de convocação e mobilização da população serão coordenados pelos organismos populares do orçamento participativo e por representantes do Poder Executivo.

Art. 7º As rodadas de discussões serão precedidas de atividades preparatórias, com o objetivo de informar e mobilizar a comunidade e suas entidades representativas, em cada bairro da cidade ou setor de atividade, cabendo ao Poder Executivo:

I - realizar uma ampla campanha de propaganda nos principais órgãos de imprensa com a finalidade de informar e convocar a população para as atividades do orçamento participativo;

II - providenciar a edição de material de propaganda e o aluguel de carros de som para o uso das entidades representativas que quiserem participar, voluntariamente, do trabalho de convocação.

Art. 8º A primeira rodada de discussões terá, entre outros, os seguintes objetivos:

I - a apresentação da prestação de contas do governo referente ao Plano de Obras e Investimentos do ano anterior;

II - apresentação do Plano de Obras e Investimentos para o ano;

III - apresentação do Regulamento do Orçamento Participativo;

IV - primeira discussão sobre as prioridades da comunidade em relação aos temas da política municipal e as obras e serviços públicos;

V - eleição dos representantes da comunidade para os Fóruns Populares do Orçamento de cada região ou setor.

§ 1º Caberá ao Prefeito, ou na sua ausência a um representante seu, especialmente indicado para esse fim, as apresentações referentes aos itens I e II, e aos representantes do Conselho Popular do Orçamento a apresentação referente ao item III.

§ 2º Serão colocados à disposição da comunidade de cada região ou setor, antes e durante a primeira etapa de discussões, os materiais escritos referentes aos itens I, II e III deste artigo.

Art. 9º A segunda rodada de discussões terá, entre outros, os seguintes objetivos:

I - apresentação da previsão de despesa para os investimentos e para cada setor de atividade, e da estimativa de receita para o orçamento do próximo ano;

II - apresentação das prioridades da comunidade em relação aos temas da política municipal e as obras e serviços públicos;

III - eleição dos representantes da comunidade para o Conselho Popular do Orçamento.

§ 1º Caberá ao Prefeito, ou a um representante seu, especialmente indicado para esse fim, a apresentação referente ao item I, e aos representantes indicados pelo Fórum Popular da região ou setor a apresentação referente ao item II.

§ 2º Serão colocados à disposição da comunidade em cada região ou setor, antes e durante a segunda etapa de discussões, os dados referentes aos itens I e II, redigidos de forma clara e de modo que as pessoas leigas no assunto possam entender.

CAPÍTULO III
DAS FORMAS DE ORGANIZAÇÃO

Art. 10. As discussões e atividades do orçamento participativo serão coordenadas e dirigidas por três principais formas de organização:

I - o Conselho Popular do Orçamento;

II - a Comissão Central do Orçamento Participativo;

III - os Fóruns Populares do Orçamento.

Art. 11. O Conselho Popular do Orçamento será composto por um mínimo de dois representantes da comunidade de cada região ou setor, eleitos anualmente, na segunda rodada das discussões, e por:

I - um representante das seguintes entidades:

a) Federação das Associações de Moradores;

b) Federação das Associações de Favelas;

c) Associação Comercial;

d) Federação das Indústrias;

e) Federação das Empresas de Transportes Coletivos;

f) Movimentos de Cidadania e Defesa do Rio;

g) Sindicato dos Médicos;

h) Sindicato dos Professores;

i) Sindicato dos Engenheiros;

j) Sindicato dos Arquitetos;

l) Sindicato dos Urbanitários;

m) Conselho Regional dos Economistas.

II - seis representantes do Poder Executivo da área de planejamento, orçamento e finanças.

§ 1º O item II deste artigo poderá sofrer supressões ou acréscimos, desde que sejam propostos pelo governo ou comunidade e aprovados pelo Conselho, e desde que não ultrapasse vinte por cento da quantidade de membros eleitos na segunda rodada de discussões.

§ 2º Os representantes do Poder Executivo, membros do Conselho, não terão direito de voto.

§ 3º O Conselho contará com uma permanente assessoria de técnicos da Administração Pública.

§ 4º O Poder Legislativo poderá enviar representantes para as reuniões do Conselho e este poderá convidar centros de estudos e pesquisas, intelectuais, políticos e outros cidadãos para suas atividades.

§ 5º O Conselho elaborará o seu Estatuto e este disporá sobre seu funcionamento e sua organização interna, observando-se as disposições desta Lei e do Regulamento do Orçamento Participativo.

Art. 12. O Conselho Popular do Orçamento terá, entre outras, as seguintes atribuições:

I - elaborar ou revisar em parceria com o Poder Executivo e aprovar anualmente o Regulamento do Orçamento Participativo;

II - acompanhar passo a passo a elaboração das propostas que o Poder Executivo enviará à Câmara do Vereadores, relativas às Diretrizes Orçamentárias, ao Plano Plurianual e ao Orçamento Anual, e dar o seu parecer final sobre elas;

III - participar da elaboração do Plano de Obras e Investimentos;

IV - acompanhar e fiscalizar o processo de execução orçamentária;

V - dirigir em conjunto com o Poder Executivo todas as etapas do orçamento participativo.

Art. 13. A Comissão Central do Orçamento Participativo será composta por igual número de representantes do Poder Executivo e do Conselho Popular do Orçamento, cabendo a ela centralizar o processo de direção e coordenação e resolver as questões pendentes da parceria entre o governo e comunidade no orçamento participativo.

Art. 14. Os Fóruns Populares do Orçamento serão formados por regiões e setores de atividade, com representantes da comunidade, eleitos anualmente, em número proporcional aos participantes da primeira rodada de discussões, conforme dispor o Regulamento de que trata o art. 2º desta Lei.

Art. 15. Os Fóruns Populares do Orçamento terão, entre outras, as seguintes atribuições:

I - coordenar, juntamente com os representantes locais do Conselho Popular do Orçamento e do Poder Executivo, as atividades preparatórias e as discussões com a população;

II - realizar atividades para colher a opinião da comunidade e desenvolver nela uma consciência cidadã;

III - selecionar os temas da política municipal e os serviços e obras que a comunidade de cada região ou setor considera de maior prioridade, com base nos critérios estabelecidos no Regulamento do Orçamento Participativo;

IV - avaliar e propor mudanças no Regulamento do Orçamento Participativo;

V - acompanhar a elaboração das propostas e a execução das leis do Orçamento Anual e do Plano Plurianual de Investimentos no âmbito da região ou setor de atividade;

VI - discutir a proposta da Lei de Diretrizes Orçamentárias, antes de seu envio à Câmara;

VII - ouvir e manter constantemente informadas as entidades representativas da região ou setor.

Art. 16. O Poder Executivo designará representantes e técnicos para acompanhar e participar das reuniões e atividades dos Fóruns Regionais ou Setoriais, sem direito a voto.

Art. 17. Das reuniões e atividades dos Fóruns poderão participar representantes do Poder Legislativo e de entidades da sociedade civil, assim como qualquer membro da comunidade, sem direito a voto.

CAPÍTULO IV
DA BASE TERRITORIAL E SETORIAL

Art. 18. A elaboração das propostas e o acompanhamento da execução das leis orçamentárias, com a participação da comunidade, serão organizados a partir de regiões e setores de atividade pública, que representarão a base territorial e a base setorial do orçamento participativo.

Art. 19. A base territorial será formada pelas regiões em que fica dividida a cidade, correspondendo cada uma delas às Unidades Especiais de Planejamento (UEP) existentes.

Art. 20. A base setorial será formada pelos setores em que fica dividida a atividade pública, correspondendo cada um deles aos seguintes temas:

I - educação, cultura, esporte e lazer;

II - saúde, higiene e assistência social;

III - transporte e trânsito;

IV - desenvolvimento econômico;

V - urbanismo, habitação, saneamento e meio ambiente.

Parágrafo único. Essa divisão territorial ou setorial para fins do orçamento participativo poderá sofrer alterações desde que as mudanças propostas sejam aprovadas pelo Poder Executivo e pelo Conselho Popular do Orçamento.

Art. 21. As áreas de planejamento, orçamento e finanças do Poder Executivo serão ajustadas às exigências da divisão territorial e setorial e ao funcionamento do orçamento participativo.

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. As prioridades em relação aos temas da política municipal e às obras e serviços públicos, definidas nas discussões com a comunidade e apuradas através dos critérios e pesos definidos pelo Regulamento do Orçamento Participativo, serão contempladas, obrigatoriamente, nas propostas do Plano Plurianual de Investimentos e do Orçamento Anual, preparadas e redigidas pelos órgãos técnicos do Poder Executivo, assim como no Plano de Obras e Investimentos do Governo Municipal.

§ 1º Depois de discutidas nos Fóruns e de discutidas e apreciadas pelo Conselho Popular do Orçamento, o Poder Executivo dará uma redação final às propostas e as encaminharão à Câmara Municipal.

§ 2º Na hipótese de não haver uma concordância entre a Prefeitura e o Conselho Popular do Orçamento acerca do conteúdo das propostas, este elaborará um documento fundamentando suas posições, que será anexado às propostas e divulgado amplamente.

Art. 23. Após o envio das propostas à Câmara, o Poder Executivo deverá preparar e redigir o Plano de Obras e Investimentos do Governo, com base na proposta do Orçamento Anual e nas discussões com o Conselho Popular do Orçamento, observando as mudanças introduzidas nela pelo Legislativo.

Parágrafo único. O Plano de Obras e Investimentos conterá de forma clara e precisa a localização, custos, prazos e outros dados importantes de cada obra e investimento, numa linguagem popular, de modo que a comunidade possa se certificar de como foram nele contempladas as suas reivindicações e propostas e usá-lo como um instrumento para o acompanhamento de sua execução.

Art. 24. A Câmara Municipal, através de sua Comissão de Orçamento e Finanças, realizará uma ou mais audiências públicas para ouvir os membros do Conselho e representantes dos Fóruns Populares do Orçamento e discutir com eles as mensagens enviadas pelo Executivo.

Art. 25. O processo de orçamento participativo entrará em funcionamento no mês de janeiro imediatamente depois da publicação desta Lei.

Art. 26. No primeiro ano do Orçamento Participativo, enquanto não estiverem constituídas as formas de organização de que trata esta Lei, caberá ao Poder Executivo elaborar um regulamento provisório e assumir as tarefas indispensáveis ao seu funcionamento.

Art. 27. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, em 23 de março de 2001.

SAMI JORGE HADDAD ABDULMACIH
Presidente

D.O. RIO de 28.3.2001

3.9. Lei nº 6.906/2021 (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável)

Lei nº 6.906, de 24 de maio de 2021.

Adota a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável como diretriz para a promoção de Políticas Públicas Municipais, cria o programa e a comissão para os objetivos de desenvolvimento sustentável, e dá outras providências.

Autores: Vereadores Jorge Felippe, Reimont, Cesar Maia e Prof. Célio Lupparelli.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Até o ano de 2030, o Poder Público Municipal fica obrigado a pautar suas políticas públicas pelas metas que compõem os 17 (dezessete) Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), adotando a Agenda 2030, conforme compromisso subscrito pela

República Federativa do Brasil na Cúpula das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável.

Parágrafo único. Considera-se Poder Público Municipal o Poder Legislativo, aqui representado pela Câmara Municipal e o pelo Tribunal de Contas do Município, e o Poder Executivo, com seus órgãos, secretarias, autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista.

Art. 2º Para os fins previstos nesta Lei, entende-se por:

I - Agenda 2030: documento elaborado pela Cúpula das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável, composto de uma declaração, 17 (dezessete) objetivos e 169 (cento e sessenta e nove) metas;

II - desenvolvimento sustentável: nível de desenvolvimento difuso capaz de suprir as necessidades da geração atual sem comprometer a capacidade de atendimento das necessidades das futuras gerações;

III - políticas públicas municipais: programas, ações e atividades planejadas e realizadas direta ou indiretamente pela Administração Pública Municipal para garantir aos cidadãos do município o acesso a direitos constitucionais; e

IV - Cúpula das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável: reunião de líderes mundiais realizada em setembro de 2015, na sede da ONU - Organização das Nações Unidas, em Nova Iorque - EUA, para discutir e programar o desenvolvimento sustentável das nações.

Art. 3º São Objetivos de Desenvolvimento Sustentável a serem alcançados pelas políticas públicas municipais até o ano de 2030:

I - ODS 1: erradicação da pobreza;

II - ODS 2: fome zero e agricultura sustentável;

III - ODS 3: saúde e bem-estar;

IV - ODS 4: educação de qualidade;

V - ODS 5: igualdade de gênero;

VI - ODS 6: água potável e saneamento;

VII - ODS 7: energia acessível e limpa;

VIII - ODS 8: trabalho decente e crescimento econômico;

IX - ODS 9: indústria, inovação e infraestrutura;

X - ODS 10: redução das desigualdades;

XI - ODS 11: cidades e comunidades sustentáveis;

XII - ODS 12: consumo e produção responsáveis;

XIII - ODS 13: ação contra a mudança global do clima;

XIV - ODS 14: vida na água;

XV - ODS 15: vida terrestre;

XVI - ODS 16: paz, justiça e instituições eficazes; e

XVII - ODS 17: parcerias e meios de implementação.

CAPÍTULO II
DAS ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

SEÇÃO I
DO PROGRAMA MUNICIPAL PARA OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Art. 4º Fica criado o Programa Municipal para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, com os seguintes propósitos:

I - divulgar periodicamente os ODS e suas metas locais entre os colaboradores da Administração Pública, organizações da sociedade civil e iniciativa privada;

II - embasar políticas públicas próprias para alcançar os ODS;

III - promover a integração intersecretarial na Administração Pública para a adoção dos ODS, bem como desta com atores sociais e da iniciativa privada;

IV - fomentar a integração das políticas públicas municipais com as ações realizadas em âmbito federal, estadual e metropolitano circunscritas ao território do Município;

V - dar visibilidade ao desempenho municipal no alcance dos ODS;

VI - promover o conhecimento e a assimilação dos ODS e de suas metas locais entre os colaboradores da Administração Pública, organizações da sociedade civil e iniciativa privada; e

VII - estimular a participação do munícipe nas ações do programa.

Art. 5º São instrumentos do Programa Municipal para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável:

I - o Plano Municipal para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável;

II - as medidas fiscais e tributárias destinadas a estimular as ações de alcance dos ODS, incluindo alíquotas diferenciadas, isenções, compensações e incentivos;

III - as linhas de crédito e financiamento específicas de agentes financeiros públicos e privados;

IV - as dotações específicas para ações de alcance dos ODS no orçamento municipal;

V - as medidas de divulgação, educação e conscientização;

VI - o monitoramento das ações do programa; e

VII - o conjunto de indicadores que servirão de base para o monitoramento das ações.

Parágrafo único. O Poder Executivo poderá criar um fundo especial para arrecadação de recursos e um sistema de informações para garantir, respectivamente, viabilidade econômica e transparência ao Programa Municipal para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

SEÇÃO II
DA GESTÃO DO PROGRAMA MUNICIPAL PARA OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Art. 6º A gestão do Programa Municipal para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável será feita pela Comissão Municipal para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a ser constituída em até cento e oitenta dias após a aprovação desta Lei.

Art. 7º A Comissão Municipal para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável será instância colegiada paritária, de natureza consultiva e deliberativa, de composição intersecretarial e com participação da sociedade civil, da iniciativa privada, do Poder Legislativo Municipal, do Ministério Público Estadual e dos demais entes da federação.

Art. 8º A Comissão Municipal para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável terá, no mínimo, as seguintes atribuições:

I - elaborar o Plano Municipal para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável;

II - propor adequações imediatas nas políticas públicas existentes que não estejam alinhadas com os ODS, em especial as voltadas à expansão urbana e à intervenção em áreas já consolidadas;

III - desenvolver e monitorar indicadores para o cumprimento das metas municipais de alcance dos ODS;

IV - desenvolver plataforma digital para coleta de contribuições livres e como canal para difusão e controle social dos resultados do programa;

V - produzir relatórios periódicos para acompanhamento do Programa Municipal para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável;

VI - subsidiar os representantes municipais em discussões sobre os ODS em fóruns nacionais e internacionais;

VII - auxiliar os representantes municipais em reuniões com outros entes da federação para o planejamento de ações integradas voltadas ao alcance dos ODS; e

VIII - encomendar e instruir pesquisas para desenvolvimento de ações voltadas ao cumprimento do Programa Municipal.

Art. 9º A Comissão Municipal para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável deverá contar, obrigatoriamente, com membros das seguintes instituições e instâncias:

I - Secretaria Municipal de Planejamento Urbano;

II - Secretaria Municipal do Meio Ambiente da Cidade;

III - Conselho Municipal do Meio Ambiente;

IV - Comissão de Meio Ambiente da Câmara Municipal;

V - Tribunal de Contas do Município;

VI - Ministério Público Estadual;

VII - Defensoria Pública Estadual;

VIII - Poder Executivo Estadual, preferencialmente representante das iniciativas para o alcance dos ODS em âmbito estadual;

IX - Poder Executivo Federal, preferencialmente representante das iniciativas para o alcance dos ODS em âmbito federal;

X - Fundação Oswaldo Cruz;

XI - entidade representativa da sociedade civil, legalmente constituída e com reconhecida

atuação na área do meio ambiente no município do Rio de Janeiro;

XII - entidade representativa da sociedade civil, legalmente constituída e com reconhecida atuação na área dos direitos humanos no município do Rio de Janeiro;

XIII - associação de classe de comércio e serviços, legalmente constituída e com reconhecida atuação no município do Rio de Janeiro;

XIV - associação de classe da indústria, legalmente constituída e com reconhecida atuação no município do Rio de Janeiro;

XV - associação de classe da agricultura agroecológica, legalmente constituída e com reconhecida atuação no município do Rio de Janeiro;

XVI - UERJ;

XVII - UFRJ;

XVIII - UEZO;

XIX - Comissão de Direitos Humanos da OAB/RJ;

XX - Comissão de Meio Ambiente do CREA/RJ.

§ 1º Para cada titular, a instituição responsável também deverá indicar um suplente.

§ 2º Cada membro deverá estar em pleno gozo de seus direitos eleitorais.

§ 3º Todos os membros indicados devem possuir formação técnica e atuação comprovadas em pelo menos uma Comissão Municipal para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável farão as suas indicações nos termos previstos nos seus estatutos e a escolha das entidades será realizada em reunião coletiva, aberta ao público, especialmente convocada para tal fim, mediante edital, pela Secretaria Municipal do Meio Ambiente e Cidade.

§ 5º As entidades eleitas cumprirão mandato de dois anos, permitida uma recondução.

§ 6º Qualquer munícipe é legítimo para questionar a composição da Comissão e o andamento do Programa Municipal para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, podendo representar à Câmara Municipal, que deverá acolher, apurar e emitir parecer sobre a representação.

Art. 10. A presidência da Comissão Municipal para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável será eleita entre os membros da Comissão, em reunião coletiva, aberta ao público, especialmente convocada para tal fim.

§ 1º O presidente da Comissão será eleito para um mandato de dois anos, sem prorrogação.

§ 2º Haverá revezamento entre poder público e sociedade civil a cada eleição para o cargo de presidência.

§ 3º Na transição entre ciclos eleitorais municipais, a Comissão deverá manter, no mínimo, cinquenta por cento do seu quadro de membros indicados, de modo a garantir a continuidade de seus trabalhos.

Art. 11. A Comissão Municipal para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável se reunirá, no mínimo, uma vez ao mês, podendo ser convocada extraordinariamente por seu presidente a qualquer tempo.

Art. 12. A Comissão Municipal para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável poderá organizar câmaras técnicas temáticas e grupos de trabalho com a participação de entidades e atores sociais externos à sua composição, desde que essas atividades não sejam remuneradas.

Art. 13. A participação na Comissão Municipal para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável será considerada prestação de serviço público relevante, de caráter não remunerado.

CAPÍTULO III
DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 14. A Comissão Municipal para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável atuará até o cumprimento das metas prevista na Agenda 2030, quando elaborará relatório final detalhado dos trabalhos para acesso dos munícipes e autoridades, e que será enviado, juntamente com o acervo documental e de multimídia resultante, à Coordenação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD e ao Arquivo Municipal.

Parágrafo único. Antes de sua publicação e remessa, o relatório final dos trabalhos da Comissão deverá ser aprovado em plenário pela Câmara Municipal, consultado o Tribunal de Contas do Município.

Art. 15. As despesas decorrentes da implantação do Programa Municipal para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável devem ser previstas na Lei Orçamentária Anual.

Art. 16. Esta Lei deverá ser regulamentada por decreto municipal.

Art. 17. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES

Prefeito

DCM de 25.5.2021

3.10. Lei nº 5.874/2015 (Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio)

Lei nº 5.874, de 6 de julho 2015.

Institui Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio.

Autores: Vereadores Átila A. Nunes e Dr. Eduardo Moura.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído o Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio.

Parágrafo único. O Plano Municipal de Prevenção tem por objetivo identificar o suicídio, que é compreendido como um transtorno mental multifatorial, que não é classificado como uma doença ou sintoma, mas como o resultado de fatores biológicos, ambientais, sociais, genéticos e fisiológicos. (Incluído pela Lei nº 7.729, de 2022)

Art. 2º O Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio será desenvolvido no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, com base nas seguintes diretrizes sem o prejuízo de outras a serem instituídas:

I - promoção de palestras na semana que compreenda o dia 10 de setembro, em cumprimento à Lei nº 5.685, de 2 de janeiro de 2014, que deverão ser direcionadas aos profissionais de saúde, visando a identificar possíveis pacientes que se enquadrem no perfil;

II - exposição com cartazes citando eventuais sintomas e alertando para possível diagnóstico;

III - idealização de canais de atendimento aos diagnosticados, ou àqueles que se encontram com possíveis sintomas de tentativa de suicídio;

IV - direcionamento de atividades para o público alvo do programa, principalmente os mais vulneráveis, e

V - monitoramento de possíveis casos para avaliação e cuidado promovendo a interdisciplinaridade entre os profissionais que irão atuar no segmento.

VI - O Município do Rio de Janeiro fará campanha e ampla divulgação com medidas estratégicas durante todo o mês de setembro, com a finalidade de informar a toda cidade carioca sobre o tema, devendo elaborar guias e cartilhas de prevenção ao suicídio e onde for possível colocar a cor amarela em todos os monumentos públicos, sites oficiais e demais formas de divulgação; (Incluído pela Lei nº 6.245, de 2017)

VII - as escolas da rede municipal deverão comunicar ao órgão municipal competente os casos de alunos com ideação suicida, preservando a identidade e encaminhando para tratamento adequado. (Incluído pela Lei nº 7.729, de 2022)

Art. 2º-A A pessoa com ideação suicida deverá receber um tratamento urgente e adequado, seguindo os procedimentos gerais:

I - identificar a potencialidade do risco à vida, analisando questões referentes à tentativa de suicídio e aos seus motivos e a vontade de prosseguir nas tentativas;

II - promover o tratamento clínico das possíveis lesões resultantes da tentativa de suicídio;

III - acompanhamento clínico para tratar os distúrbios psiquiátricos, reduzir a ansiedade e eliminar os sintomas nos casos de síndrome de abstinência em dependentes químicos;

IV - comunicar a família ou responsável legal sobre o processo de ideação ao suicídio, que deve ser entendido como uma das dimensões que definem o suicídio, correspondente aos pensamentos suicidas ou aos planos para realização do ato de tirar a própria vida;

V - humanizar o tratamento para que as pessoas sintam-se acolhidas, com abordagem de equipe multidisciplinar, especializada e preparada para garantir todo o suporte que o paciente e sua família necessitem, com psiquiatra, clínico geral, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e acompanhamento nutricional;

VI - capacitação dos profissionais de saúde e disponibilização de infraestrutura na rede, que contribuam diretamente para a recuperação do paciente e sua família. (Incluído pela Lei nº 7.729, de 2022)

Art. 2º-B A Secretaria Municipal de Saúde manterá programa de atenção à saúde mental para enfrentamento das afecções decorrentes ou potencializadas pelas políticas de isolamento.

Parágrafo único. O órgão poderá firmar parcerias com órgãos da administração pública e com serviços privados para que atuem no programa a que se refere o *caput*, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 7.729, de 2022)

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 7.7.2015

3.11. Lei nº 5.917/2015 (Capacitação dos Profissionais na Rede Pública de Atenção Primária)

Lei nº 5.917, de 16 de julho de 2015.

Institui, na Secretaria Municipal de Saúde, ações de capacitação dos profissionais, na rede pública de atenção primária, e dá outras providências.

Autora: Vereadora Tânia Bastos.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A Secretaria Municipal de Saúde deverá promover ações de capacitação dos seus profissionais na rede de atenção primária, clínicas da família, com objetivo de realizar o diagnóstico e o tratamento das pessoas portadoras de Transtorno do Espectro Autista.

Parágrafo único. O órgão competente regulamentará a capacitação desses profissionais pela Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data da de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 17.7.2015

3.12. Lei nº 6.020/2015 (Programa Farmácia Popular)

Lei nº 6.020, de 17 de novembro de 2015.

Obriga farmácias a afixar cartaz com a lista dos remédios do Programa Farmácia Popular e dá outras providências.

Autor: Vereador Marcelino D'Almeida.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Ficam as farmácias na Cidade do Rio de Janeiro que participam do Programa Farmácia Popular do Governo Federal obrigadas a afixar cartaz com listagem dos nomes dos remédios disponibilizados pelo Programa.

§ 1º A relação deverá ser afixada de forma destacada, em local visível ao público, preferencialmente no balcão da farmácia.

§ 2º No caso da falta temporária de algum medicamento, o cartaz deverá conter essa informação e o prazo estimado para regularizar o fornecimento.

Art. 2º A inobservância na execução desta Lei implicará aplicação de multa ao estabelecimento, em valor correspondente a R$ 1.000,00 (um mil reais), elevando ao dobro na reincidência.

Art. 3º Caberá ao Poder Executivo regulamentar a presente Lei em todos os aspectos necessários para a sua efetiva aplicação.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito
DCM de 18.11.2015

3.13. Lei nº 6.061/2016 (Programa Cuidador de Pessoa com Deficiência ou Mobilidade Reduzida)

Lei nº 6.061, de 31 de março de 2016.

Institui o Programa Cuidador de Pessoa com Deficiência ou Mobilidade Reduzida, no âmbito da estratégia de saúde da família do Município do Rio de Janeiro e dá outras providências.

Autor: Vereadora Laura Carneiro.

Art. 1º Fica instituído o Programa Cuidador de Pessoa com Deficiência ou Mobilidade Reduzida, destinado a atender aos usuários que não detenham condições físicas, sensoriais ou cognitivas de suprirem suas próprias necessidades e não contem com aqueles que possam supri-las.

Parágrafo único. As equipes multidisciplinares de atenção básica do Programa de Saúde da Família que funcionem nas Clínicas da Família disponibilizarão cuidadores, nos termos do *caput*, com prioridade para as equipes que atendam a população em estado de vulnerabilidade.

Art. 2º O profissional cuidador deverá ter formação compatível e será selecionado pelo Poder Executivo que determinará atendimento padronizado, consistente dentre outros em:

I - cuidados preventivos de saúde;

II - administração de medicamentos de rotina e outros procedimentos de saúde;

III - cuidados com higiene pessoal;

IV - auxílio e acompanhamento em deslocamentos necessários;

V - auxílio e acompanhamento em transferências de locais dentro do domicílio;

VI - apoio psicológico.

Parágrafo único. O órgão municipal competente fornecerá, por meio de parcerias com escolas e universidades, cursos de treinamento de cuidadores.

Art. 3º Para a execução desta Lei será considerada a estimativa da receita da lei orçamentária, bem como a compatibilização com as metas de resultados fiscais previstos em anexo próprio da lei de diretrizes orçamentárias.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 31 de março de 2016.

Vereador JORGE FELIPPE
Presidente

DCM de 1º.4.2016

3.14. Lei nº 6.062/2016 (Registro do Grupo Sanguíneo e Fator RH nos Uniformes)

Lei nº 6.062, de 31 de março de 2016.

Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro do grupo sanguíneo e fator RH nos uniformes de todos os alunos matriculados nas escolas da rede pública e privada no Município e dá outras providências.

Autor: Vereador Renato Moura.

Art. 1º Todos os alunos matriculados na rede pública municipal e na rede privada no Município deverão portar, em seus respectivos uniformes, identificação do seu grupo sanguíneo e fator RH.

Parágrafo único. O disposto no *caput* deste artigo aplica-se ao alunado do ensino fundamental e médio.

Art. 2º As identificações deverão ser afixadas na parte dianteira superior direita da peça do uniforme, compreendendo:

I - blusão;

II - camisa;

III - camiseta;

IV - agasalho; e

V - outros correlatos.

§ 1º As informações poderão ser pintadas, bordadas ou afixadas de outra forma, desde que permanente e duradoura.

§ 2º Ficará a cargo das escolas privadas a definição da melhor opção que lhes convier dentre as citadas no § 1º deste artigo.

§ 3º A definição da opção padronizada, a ser adotada pelas escolas da rede pública municipal, ficará sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Educação.

Art. 3º Caberá à Secretaria Municipal de Educação decidir a forma adequada para o cumprimento desta Lei.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 31 de março de 2016.

Vereador JORGE FELIPPE
Presidente

DCM de 1º.4.2016

3.15. Lei nº 6.103/2016 (Obrigatoriedade de Instalação de Mamógrafos)

Lei nº 6.103, de 21 de novembro de 2016.

Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de mamógrafos nas novas unidades hospitalares das clínicas da família no Município do Rio de Janeiro.

Autor: Vereador Eduardão.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Ficam as novas unidades hospitalares das clínicas da família obrigadas a serem projetadas com o equipamento mamógrafo.

Art. 2º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão à conta das dotações orçamentárias próprias.

Parágrafo único. Havendo devolução de verba pela Câmara Municipal ao Poder Executivo, a mesma será destinada para a consecução da presente Lei.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 22.11.2016

3.16. Lei nº 6.116/2016 (Combate à Dengue nos Cemitérios)

Lei nº 6.116, de 19 de dezembro de 2016.

Define ações de combate à dengue nos cemitérios no Município do Rio de Janeiro, disciplinando a colocação de vasos e recipientes para ornamentação de sepulturas.

Autor: Vereador Marcelo Arar.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei define ações de combate à dengue nos cemitérios do Município do Rio de Janeiro, disciplinando a colocação de vasos, recipientes e outros objetos para ornamentação de sepulturas.

Parágrafo único. As normas desta Lei aplicam-se aos cemitérios públicos e particulares, sejam convencionais, parques, verticais ou crematórios, localizados no Município do Rio de Janeiro.

Art. 2º A colocação de vasos, recipientes e outros objetos para ornamentação de sepulturas é permitida, desde que possuam orifícios, e sejam preenchidos com areia, ou por qualquer outro meio que impeça o acúmulo de água.

Art. 3º À Administração dos cemitérios, cabe supervisionar a colocação de objetos nas sepulturas e determinar a colocação de areia, de cobertura, ou até a sua retirada, quando não for viável qualquer medida que impeça o acúmulo de água.

§ 1º Os objetos retirados serão guardados para entrega aos seus proprietários, que terão prazo de sessenta dias após comunicação do fato.

§ 2º A administração dos cemitérios deverá afixar nas áreas comuns, em local visível, o texto desta Lei.

Art. 4º As equipes municipais de combate à dengue, no exercício de suas atividades, visitarão os cemitérios e notificarão a Administração, quando verificarem a existência de objetos que propiciem a formação de criadouros de mosquitos.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 20.12.2016

3.17. Lei nº 6.148/2017 (Proteção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência)

Lei nº 6.148, de 18 de abril 2017.

Institui a Política Municipal de Proteção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência, no Município do Rio de Janeiro.

Autores: Vereador Alexandre Isquierdo e Vereador Willian Coelho.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituída, no Município do Rio de Janeiro, a Política Municipal de Proteção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência.

Art. 2º As ações de saúde para viabilizar a política instituída no art. 1º serão desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, com o apoio de especialistas, e terá como objetivos:

I - oferecer às pessoas com deficiência tratamento de saúde bucal adequado às suas necessidades;

II - capacitar e especializar profissionais nessa área;

III - inserir as ações dessa política na Estratégia Saúde da Família; e

IV - absorver novas técnicas e procedimentos que possibilitem melhoria na qualidade de vida das pessoas com deficiência e seus familiares.

Art. 3º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias.

Art. 4º O Poder Executivo regulamentará esta Lei.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO CRIVELLA
Prefeito

DCM de 19.4.2017

3.18. Lei nº 6.153/2017 (Divulgação dos Preços Pagos por Medicamentos e Serviços)

Lei nº 6.153, de 27 de abril de 2017.

Trata da divulgação dos preços pagos por medicamentos e serviços por parte das Organizações Sociais e da Secretaria Municipal de Saúde.

Autores: Vereadores Cesar Maia e Carlo Caiado.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º As Organizações Sociais que atuam na área de saúde deverão informar à Secretaria Municipal de Saúde, de dois em dois meses, o preço que pagaram por cada medicamento e/ou serviço que compraram ou contrataram diretamente, informando o mês em que se deu a aquisição ou contratação.

Art. 2º A Secretaria Municipal de Saúde, na mesma frequência e em seguida, tabulará os preços de medicamentos e serviços informados pelas Organizações Sociais e os praticados pela própria Secretaria no que tange aos Hospitais Públicos e Postos de Saúde.

Parágrafo único. As tabelas obtidas a partir da tabulação supracitada, contendo todos os dados

previstos no *caput*, serão sempre publicadas, assim que finalizadas, no Diário Oficial do Poder Executivo do Município do Rio de Janeiro.

Art. 3º O Poder Executivo Municipal regulamentará os dispositivos desta Lei, no que for devido, dentro do prazo de cento e vinte dias.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO CRIVELLA
Prefeito

DCM de 2.5.2017

3.19. Lei nº 6.186/2017 (Programa de Prevenção da Saúde dos Pés)

Lei nº 6.186, de 31 de maio de 2017.

Institui o Programa de Prevenção da Saúde dos Pés no Município do Rio de Janeiro e dá outras providências.

Autor: Vereador Marcelino D'Almeida.

Art. 1º Fica instituído o Programa Municipal de Prevenção da Saúde dos Pés na rede de saúde municipal do Rio de Janeiro.

Art. 2º O Programa visa prevenir, diagnosticar e tratar os diversos tipos de patologias e lesões que o cidadão, em especial o diabético, pode apresentar nos pés.

Parágrafo único. O paciente com patologia e lesões nos pés deverá ter acesso aos serviços especializados de podologia, com a finalidade exclusivamente terapêutica, em datas e horários pré-agendados, nas unidades básicas de saúde ou em outros estabelecimentos conveniados.

Art. 3º O serviço especializado de podologia compreende o atendimento com profissionais qualificados, os quais prestarão atendimento clínico, de emergência e de orientação.

Parágrafo único. O serviço de orientação poderá ser oferecido na própria consulta ou em forma de atividades educativas, esclarecendo e ensinando como prevenir complicações relacionadas às lesões dos pés, ou em campanha educativa para demonstrar a importância do cuidado com os pés, de forma a evitar complicações no tratamento, inclusive com a possibilidade de amputação no caso dos pacientes diabéticos.

Art. 4º Para organização e execução do programa, o Poder Executivo poderá fazê-lo na própria estrutura da Secretaria Municipal de Saúde ou firmar convênios com outras instituições.

Art. 5º O Poder Executivo adotará os procedimentos para regulamentar esta Lei.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 31 de maio de 2017.

Vereador JORGE FELIPPE
Presidente

DCM de 1º.6.2017

3.20. Lei nº 6.204/2017 (Teste de Triagem Neonatal)

Lei nº 6.204, de 21 de junho de 2017.

Dispõe sobre a realização do Teste de Triagem Neonatal, na modalidade ampliada, em Espectromia de Massa em Tandem – EMT, em crianças nascidas nos hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde da rede pública do Município do Rio de Janeiro e dá outras providências.

Autor: Vereador Dr. Jorge Manaia.

Art. 1º Toda criança nascida nos hospitais, maternidades e demais estabelecimentos de atenção à saúde da rede pública do Município do Rio de Janeiro terá direito ao Teste de Triagem Neonatal, na modalidade ampliada, em Espectromia de Massa em Tandem - EMT, com o propósito de tornar possível o diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento das seguintes disfunções:

I - aminoacidopatias;

II - distúrbios dos ácidos orgânicos;

III - distúrbios da beta oxidação dos ácidos graxos;

IV - distúrbios do ciclo da ureia;

V - galactosemia; Galactosemia (GAL) e Galactose-1-fosfato (Gal-1-P)x; e

VI - deficiência de Glicose-6-fosfato-desidrogenase – G6PD.

Art. 2º O Teste de Triagem Neonatal será sempre aplicado, obrigatoriamente, antes da alta hospitalar, independente das condições de saúde do recém-nascido e deverá constar dos seus registros médicos para acompanhamento futuro.

Art. 3º Os resultados do teste de que trata o art. 1º deverão ser encaminhados aos pais ou responsáveis pela criança, ou disponibilizados na internet, no prazo de até dez dias, contados a partir do recebimento do material no laboratório.

Art. 4º No prazo máximo de cento e oitenta dias, contados da publicação desta Lei, o Poder Executivo deverá expedir as normas regulamentares para sua implementação.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 21 de junho de 2017.

Vereador JORGE FELIPPE
Presidente

DCM de 22.6.2017

3.21. Lei nº 6.239/2017 (Projeto Gravidez Segura de Prevenção à SAF)

Lei nº 6.239, de 5 de setembro de 2017.

Institui o Projeto Gravidez Segura de Prevenção à SAF – Síndrome Alcoólica Fetal, e dá outras providências.

Autoria: Vereador Reimont.

Art. 1º Fica criado o Projeto Gravidez Segura de Prevenção à SAF – Síndrome Alcoólica Fetal, no âmbito das unidades de saúde da rede pública municipal.

Art. 2º O Projeto Gravidez Segura deverá ter como objetivo básico a prevenção à SAF, mediante a orientação às gestantes, através das unidades de saúde da rede pública municipal, sobre os riscos da ingestão de bebidas alcoólicas e demais substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, no curso da gravidez.

Parágrafo único. As gestantes que necessitem de tratamento de reabilitação deverão ser encaminhadas para os serviços adequados pela equipe técnica do Projeto Gravidez Segura de Prevenção à SAF.

Art. 3º O Poder Executivo poderá celebrar parcerias com outros órgãos da administração pública municipal, estadual e federal fortalecendo o sistema único de saúde como equipamento público prioritário para a consecução dos objetivos apresentados no artigo anterior.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 5 de setembro de 2017.

Vereador JORGE FELIPPE
Presidente

DCM de 6.9.2017

3.22. Lei nº 6.248/2017 (Proibição de Cobrança de Valores para Utilização de Estacionamento de Veículos)

Lei nº 6.248, de 19 de setembro de 2017.

Dispõe sobre a proibição de cobrança de valores para utilização de estacionamento de veículos nos hospitais, clínicas, prontos-socorros e estabelecimentos congêneres, na forma que indica, no Município do Rio de Janeiro.

Autor: Vereador Dr. Gilberto.

Art. 1º Fica proibida a cobrança de valores para utilização de estacionamento de veículos nos hospitais, clínicas, prontos-socorros, ambulatórios, laboratórios, associações e cooperativas médicas, públicas ou privadas, ainda que por serviço terceirizado, no âmbito

do Município do Rio de Janeiro, para veículos de pacientes, acompanhantes e demais usuários diretos dos serviços de saúde, para realização de consultas, exames e outros atendimentos e procedimentos pertencentes à atividade principal de saúde do estabelecimento.

Parágrafo único. Para a comprovação da gratuidade, o condutor deverá apresentar ao responsável pelo estacionamento a comprovação dos casos descritos no *caput.*

Art. 2º Os estabelecimentos de saúde abrangidos por esta Lei deverão manter exposto, em local visível e de fácil acesso, o conteúdo e o número desta Lei.

Art. 3º A permanência gratuita nas referidas vagas ficará vinculada ao funcionamento do estabelecimento.

Art. 4º O descumprimento ao que dispõe a presente Lei acarretará ao infrator:

I - multa no valor de R$ 900,00 (novecentos reais), corrigido anualmente com base no Índice Nacional de Preço ao Consumidor Amplo – IPCA acumulado no ano anterior;

II - multa em dobro em caso reincidência, não obstante as demais cominações legais previstas no Código de Defesa do Consumidor.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 19 de setembro de 2017.

Vereador JORGE FELIPPE
Presidente

DCM de 20.9.2017

3.23. Lei nº 6.252/2017 (Exame Psicológico aos Alunos da Rede Municipal de Ensino)

Lei nº 6.252, de 3 de outubro de 2017.

A rede municipal de saúde e assistência social disponibilizará exame psicológico aos alunos da rede municipal de ensino no início de cada ano letivo e a cada semestre.

Autor: Vereador Italo Ciba.

Art. 1º A Rede Municipal de Educação fica obrigada a aplicar, a cada início de ano letivo e a cada semestre, avaliação psicológica aos alunos.

Art. 2º A assistência de que trata a presente Lei será ministrada por uma equipe multidisciplinar composta por psicólogos e assistentes sociais da rede municipal de saúde.

§ 1º A Secretaria Municipal de Educação, em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde, ficará encarregada de elaborar o calendário para a aplicação da avaliação descrita no art. 1º desta Lei.

§ 2º O aluno que já estiver sendo assistido por profissionais ou instituição na rede privada deverá comprovar através de atestado ou declaração.

Art. 3º Ato do Poder Executivo regulamentará esta Lei após a sua publicação.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 3 de outubro de 2017.

Vereador JORGE FELIPPE
Presidente

DCM de 4.10.2017

3.24. Lei nº 6.300/2017 (Redução de Danos e Riscos)

Lei nº 6.300, de 6 de dezembro de 2017.

Estabelece a Redução de Danos e Riscos como política municipal de saúde.

Autores: Vereadores Renato Cinco, Paulo Pinheiro e Dr. Carlos Eduardo.

Art. 1º A Política Municipal de Atenção e Tratamento aos Usuários de Drogas será baseada na Política de Redução de Danos e Riscos, pautada no respeito à autonomia do indivíduo, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.028, de 1º de julho de 2005.

§ 1º Redução de danos e riscos, para os fins desta Lei, são todas as políticas, programas e práticas que visam primeiramente a reduzir os riscos e prejuízos para a saúde biopsicossocial decorrentes do uso de drogas lícitas e ilícitas.

§ 2º A política de Redução de Danos e Riscos compreende assistência integral a ser oferecida ao usuário de drogas que acesse o serviço municipal de saúde, incluindo o acesso à informação, a insumos de proteção e cuidados próprios, bem como atendimento clínico e de assistência social.

Art. 2º A Política de Redução de Danos e Riscos destinada aos usuários de drogas consiste em:

I - respeito à autonomia do indivíduo sobre seu próprio corpo e destino, sendo vedado o constrangimento de cunho religioso, moral e ético;

II - divulgação de informações científicas sobre os danos e riscos associados ao consumo de drogas, lícitas e ilícitas, sem que se produzam estigmas;

III - divulgação de práticas que objetivem minimizar os riscos e danos associados ao consumo de drogas;

IV - ampliação dos instrumentos públicos de assistência social e de saúde destinados aos usuários de drogas lícitas e ilícitas.

Art. 3º A Secretaria Municipal de Saúde garantirá a oferta de cursos gratuitos de capacitação em redução de danos e riscos para os profissionais de saúde que atuem nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad e a distribuição de produtos e insumos necessários à prática de suas atividades.

Parágrafo único. Os produtos e insumos necessários às ações de redução de danos serão estabelecidos pelos equipamentos de saúde e assistência social do Município sob a responsabilidade de seus coordenadores, cujos pedidos deverão ser fundamentados pelas ações locais e número de usuários assistidos pelo CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

Art. 4º Esta Lei em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 6 de dezembro de 2017.

Vereadora TÂNIA BASTOS
Presidente em exercício

DCM de 7.12.2017

3.25. Lei nº 6.305/2017 (Doulas)

Lei nº 6.305, de 26 de dezembro de 2017.

Permite a presença de doulas nos estabelecimentos hospitalares durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Autor: Vereador Renato Cinco.

Art. 1º Ficam obrigadas as maternidades, as casas de parto e os estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada, a permitir a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente.

§ 1º Para os efeitos desta Lei e em conformidade com a qualificação da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, código 3221-35, doulas são acompanhantes de parto escolhidas livremente pelas gestantes e parturientes, que visam prestar suporte contínuo à gestante no ciclo gravídico puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante, com certificação ocupacional em curso para essa finalidade.

§ 2º A presença das doulas não se confunde com a presença do acompanhante instituído pela Lei federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

§ 3º As doulas integram a equipe de assistência à parturiente e as despesas com paramentação e outras não acarretarão quaisquer custos adicionais à parturiente.

§ 4º A presença das doulas depende de expressa autorização da parturiente, que deverá informar previamente à unidade de saúde, que comunicará ao profissional médico, desde que não seja parto normal.

Art. 2º As doulas, para o regular exercício da profissão, estão autorizadas a entrar nas maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada, com seus respectivos instrumentos de trabalho, condizentes com as normas de segurança em ambiente hospitalar, sem custo adicional à parturiente.

§ 1º Entende-se como instrumentos de trabalho das doulas:

I - bolas de fisioterapia;

II - massageadores;

III - bolsa de água quente;

IV - óleos para massagens;

V - banqueta auxiliar para parto;

VI - demais materiais considerados indispensáveis na assistência do período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 2º Para fins do disposto neste artigo, fica vedada a cobrança de qualquer taxa adicional vinculada à presença da doula em todos os tipos de trabalho de parto, durante o período de trabalho de parto, vias do nascimento, pós-parto imediato, em casos de intercorrências e aborto legal.

Art. 3º Fica vedada às doulas a realização de procedimentos médicos ou clínicos, como aferir pressão, avaliação da progressão do trabalho de parto, monitoramento de batimentos cardíacos fetais, administração de medicamentos, entre outros, mesmo que tenham formação profissional em saúde que as capacite para tais atos.

Art. 4º A doulagem será exercida privativamente pela doula, cujo exercício é livre em todo território municipal, observadas as disposições desta Lei.

§ 1º As maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada do Município do Rio de Janeiro, farão a sua forma de admissão das doulas, respeitando preceitos éticos, de competência e das suas normas internas de funcionamento, com a apresentação dos seguintes documentos:

I - carta de apresentação, contendo nome completo, endereço, número do Cadastro de Pessoas Físicas - CPF, Registro Geral - RG, contato telefônico e correio eletrônico;

II - cópia de documento oficial com foto;

III - enunciado de procedimentos e técnicas que serão utilizadas no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como descrição do planejamento das ações que serão desenvolvidas durante o período de assistência;

IV - termo de autorização assinado pela gestante para a atuação da doula no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

V - cópia do certificado de formação profissional, segundo o Certificado Brasileiro de Ocupação – CBO.

§ 2º Os documentos exigidos nos incisos I ao V poderão ser substituídos por carteira de identificação de associação ou instituição congênere, desde que exclusiva da categoria, devidamente cadastrada junto aos órgãos de saúde.

Art. 5º O não cumprimento da obrigatoriedade instituída no *caput* do art. 1º sujeitará os infratores às seguintes penalidades:

I - advertência, na primeira ocorrência;

II - se estabelecimento privado, multa no valor de R$ 5.000,00 (cinco mil reais), corrigido anualmente, com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo Especial – IPCA-E, acumulado do ano anterior;

III - multa em dobro diante de reincidência;

IV - se órgão público, o afastamento do dirigente e aplicação das penalidades previstas na legislação.

Parágrafo único. Competirá à Secretaria Municipal de Saúde a aplicação das penalidades de que trata este artigo, conforme estabelecer a legislação própria, a qual disporá, ainda, sobre a aplicação dos recursos dela decorrentes.

Art. 6º A doula deve ser regularmente cadastrada, via instituições de classe oficializadas como associações, federação, cooperativas, sindicatos e afins, desde que exclusiva da categoria, devidamente cadastrada junto aos órgãos de saúde, ou de forma individual, nas maternidades, casas de parto e estabelecimentos congêneres da rede pública e privada onde atuarem.

Art. 7º Os sindicatos, associações, órgãos de classe dos médicos, enfermeiros e entidades similares de serviços de saúde deverão adotar, de imediato, as providências necessárias ao cumprimento da presente Lei.

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 26 de dezembro de 2017.

Vereador JORGE FELIPPE
Presidente

DCM de 27.12.2017

3.26. Lei nº 6.366/2018 (Amparo às Pessoas Vítimas de Violência)

Lei nº 6.366 , de 7 de junho de 2018.

Dispõe sobre ajuda especializada e amparo a pessoas vítimas de violência em toda a rede de prestação de serviços de saúde, no âmbito do município do Rio de Janeiro.

Autor: Vereador Fernando William.

Art. 1º A pessoa que sofrer qualquer tipo de abuso ou violência sexual, ou que tenha garantido por lei o direito a tratamento preventivo de doenças sexualmente transmissíveis, terá o direito de escolher, na rede de saúde do Município disponível, o local que se sentir à vontade para o atendimento ou tratamento.

Art. 2º O Poder Executivo regulamentará esta Lei, no que couber, no prazo de noventa dias a contar da data de sua publicação.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 7 de junho de 2018.

Vereador JORGE FELIPPE
Presidente

DCM de 8.6.2018

3.27. Lei nº 6.371/2017 (Inserção do Tipo Sanguíneo e do fator Rh do Recém-nascido e de sua Mãe)

Lei nº 6.371 de 21 de junho de 2018.

Obriga os hospitais e maternidades situados no Município do Rio de Janeiro a fazerem a inserção do tipo sanguíneo e do fator Rh do recém-nascido e de sua mãe, juntamente com os demais elementos identificadores de nascimento, por meio da certidão fornecida após o nascimento da criança nas unidades hospitalares ou maternidades.

Autor: Vereador Zico Bacana.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art.1º Ficam obrigados os hospitais e maternidades situados no Município do Rio de Janeiro a fazerem a inserção do tipo sanguíneo e do fator Rh do recém-nascido e de sua mãe, juntamente com os demais elementos identificadores de nascimento, por meio da certidão fornecida após o nascimento da criança nas unidades hospitalares ou maternidades.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO CRIVELLA
Prefeito

DCM de 26.6.2018

3.28. Lei nº 6.378/2018 (Prazo para Recebimento de Medicamentos)

Lei nº 6.378, de 26 de junho de 2018.

Proíbe o recebimento de medicamento que tenha ultrapassado vinte por cento do seu prazo de validade nas aquisições onerosas de medicamentos realizadas pela Administração Pública Municipal e dá outras providências.

Autores: Vereadores Dr. Jorge Manaia e Dr. Carlos Eduardo.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Proíbe o recebimento de medicamento que tenha ultrapassado vinte por cento do seu prazo de validade nas aquisições onerosas de medicamentos realizadas pela Administração Pública Municipal.

Art. 2º Proíbe o recebimento de medicamento de uso imediato que tenha ultrapassado vinte e cinco por cento do seu prazo de validade nas aquisições onerosas de medicamentos

realizadas pela Administração Pública Municipal.

Parágrafo único. Considera-se de uso imediato o medicamento utilizado para campanhas de vacinação.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO CRIVELLA
Prefeito

DCM de 29.6.2018

3.29. Lei nº 6.417/2018 (Fila de espera para Serviços e/ou Ações de Saúde)

Lei nº 6.417 de 6 de novembro de 2018.

Obriga o Poder Executivo Municipal a publicizar na Rede Mundial de Computadores informações acerca da fila de espera para serviços e/ou ações de saúde e dá outras providências.

Autores: Vereadores Dr. Carlos Eduardo, Alexandre Isquierdo, Átila Alexandre Nunes, Babá, Carlo Caiado, Cesar Maia, Chiquinho Brazão, Cláudio Castro, Daniel Martins, David Miranda, Dr. Jairinho, Dr. Jorge Manaia, Eliseu Kessler, Felipe Michel, Fernando William, Inaldo Silva, Italo Ciba, Jair da Mendes Gomes, Jones Moura, Jorge Felippe, Junior da Lucinha, Leonel Brizola, Luciana Novaes, Luiz Carlos Ramos Filho, Marcelino D'Almeida, Marcello Siciliano, Marcelo Arar, Otoni de Paula, Paulo Pinheiro, Prof. Célio Lupparelli, Professor Adalmir, Rafael Aloisio Freitas, Reimont, Renato Cinco, Rocal, Rosa Fernandes, Tânia Bastos, Tarcísio Motta, Teresa Bergher, Thiago K. Ribeiro, Tiãozinho do Jacaré, Ulisses Marins, Val Ceasa, Vera Lins, Veronica Costa, Welington Dias, Willian Coelho, Zico e Zico Bacana.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Poder Executivo publicará na Rede Mundial de Computadores informações acerca da fila de espera para serviços e/ou ações de saúde sob regulação municipal.

§ 1º O *link* para visualização dos dados mencionados no *caput* deverá ser afixado em todas as unidades de saúde da Rede Municipal, bem como estar disponível para acesso no sítio digital oficial da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

§ 2º As informações publicadas serão:

I - código de usuário;

II - número do Cartão Nacional do SUS - Sistema Único de Saúde - CNS;

III - tipo de serviço: consulta, exame, cirurgia eletiva ou outros procedimentos;

IV - posição na fila para atendimento;

V - classificação de risco, segundo os protocolos vigentes no Município e Estado do Rio de Janeiro, bem como do Ministério da Saúde devidamente divulgados;

VI - status da solicitação de atendimento;

VII - data de registro inicial, entrada do usuário no SISREG - Sistema Nacional de Regulação;

VIII - prazo previsto para atendimento;

IX - data de agendamento do procedimento;

X - data de realização do procedimento;

XI - órgão responsável pelo registro do usuário no sistema de regulação em vigor;

XII - unidade de saúde responsável pela realização do procedimento agendado;

XIII - órgão regulador responsável pela última decisão de regulação.

Art. 2º As informações dispostas no art. 1º desta Lei deverão ser publicadas de modo que não haja exposição dos dados dos pacientes, contudo, caso desejado pelo próprio paciente, seja possível para o mesmo consultá-las.

Art. 3º O Poder Executivo regulamentará a presente Lei no que couber.

Art.4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO CRIVELLA
Prefeito

DCM de 8.11.2018

3.30. Lei Complementar nº 208/2019 (Gerador de Energia nos Hospitais)

Lei Complementar nº 208, de 6 de setembro de 2019.

Torna obrigatória a existência de gerador de energia nos hospitais instalados no Município, bem como em clínicas médicas que efetuem cirurgias.

Autor: Vereador Carlo Caiado.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei Complementar:

Art. 1º É obrigatória a existência de gerador de energia nos hospitais instalados no Município, tanto públicos quanto particulares, bem como em clínicas médicas que efetuem cirurgias.

Art. 2º A potência do gerador instalado em cumprimento a esta Lei Complementar deverá possibilitar, em cada caso, pelo menos a manutenção do funcionamento dos equipamentos que possam estar sendo utilizados em cirurgias ou demais casos que envolvam risco para a vida do paciente, além de proporcionar iluminação adequada a tais procedimentos.

Art. 3º Os hospitais e clínicas médicas disporão do prazo de seis meses para se adequarem a esta Lei Complementar, a contar de sua entrada em vigor.

Art. 4º O descumprimento desta Lei Complementar por estabelecimento particular implicará multa de R$ 5.000,00 (cinco mil reais), aplicada em dobro em caso de reincidência, sendo este valor corrigido anualmente pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo Especial – IPCA-E, ou o índice que o venha substituir.

Art. 5º Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO CRIVELLA
Prefeito

DCM de 10.9.2019

3.31. Lei nº 6.439/2019 (Professores Portadores da Síndrome de Burnout)

Lei nº 6.439, de 2 de janeiro de 2019.

Disponibiliza na Rede Municipal de Saúde assistência médica e psicológica aos professores e professoras da Rede Municipal de Ensino, portadores da Síndrome de Burnout.

Autor: Vereador Alexandre Isquierdo.

Art. 1º A Rede Municipal de Saúde disponibilizará assistência médica e psicológica aos professores e professoras da Rede Municipal de Ensino portadores da Síndrome de *Burnout.*

Art. 2º A assistência de que trata a presente Lei será realizada por equipe multidisciplinar composta por médicos, psicólogos e assistentes sociais da Rede Municipal de Saúde.

§ 1º Os diretores das unidades municipais de ensino deverão encaminhar os professores para avaliação.

§ 2º O professor que já estiver sendo assistido por profissional de saúde da Rede Privada, ou assim preferir, deve informar através de declaração do profissional de saúde ao diretor da unidade de ensino que estiver lotado.

Art. 3º Ato do Poder Executivo regulamentará esta Lei.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 2 de janeiro de 2019.

Vereador JORGE FELIPPE
Presidente

DCM de 3.1.2019

3.32. Lei nº 6.442/2019 (Direito ao Atendimento Odontológico)

Lei nº 6.442, de 2 de janeiro de 2019.

Assegura o direito ao atendimento odontológico na Rede Municipal de Saúde e dá outras providências.

Autora: Vereadora Tânia Bastos.

Art. 1º O Poder Executivo poderá promover ações no Programa de Saúde da Mulher que desenvolvam o atendimento odontológico pré-natal e o pós-parto na Rede Municipal de Saúde.

Parágrafo único. O objetivo das ações é diminuir o risco à vida da mulher, do feto e do recém-nascido.

Art. 2º As ações devem atender as seguintes metas:

I - utilizar material impresso na Rede Municipal, com vistas a informar e orientar a necessidade do tratamento bucal durante a gestação;

II - prevenir e controlar, limitar e erradicar os riscos de transmissão de doenças orais da gestante para o feto e diminuir o número de patogenicidade dos microorganismos.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 2 de janeiro de 2019.

Vereador JORGE FELIPPE
Presidente

DCM de 3.1.2019

3.33. Lei nº 6.490/2019 (Listagem de Medicamentos Proibidos, Interditados e Suspensos)

Lei nº 6.490, de 11 de março de 2019.

Dispõe sobre a afixação de listagem de medicamentos proibidos, interditados e suspensos nas farmácias e drogarias.

Autor: Vereador Val Ceasa.

Art. 1º Esta Lei obriga que as farmácias e drogarias mantenham afixada em locais de fácil visibilidade listagem dos medicamentos proibidos, interditados e suspensos pelo órgão regulador federal, contendo a numeração do lote quando necessário para sua exata identificação.

Parágrafo único. Esta listagem deverá ser atualizada em até trinta dias após a atualização do órgão regulador federal.

Art. 2º Pelo descumprimento da presente Lei serão aplicadas as seguintes penalidades:

I - advertência e notificação por escrito, para cumprimento da obrigação legal, no prazo de vinte e quatro horas, sob pena de multa;

II - não atendida a notificação de que trata o inciso I, será aplicada aos infratores multa no valor de R$ 500,00 (quinhentos reais) por dia.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor noventa dias após a sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 11 de março de 2019.

Vereador JORGE FELIPPE
Presidente
DCM de 12.3.2019

3.34. Lei nº 6.492/2019 (Ingresso de Animais Domésticos nos Hospitais)

Lei nº 6.492, de 19 de março de 2019.

Dispõe sobre o ingresso de animais domésticos nos hospitais do Município do Rio de Janeiro.

Autor: Vereador Luiz Carlos Ramos Filho.

Art. 1º Fica permitido o ingresso de animais domésticos e de estimação nos hospitais privados, públicos, contratados, conveniados e cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS), na cidade do Rio de Janeiro, para permanecerem, por período pré-determinado e sob condições prévias, para a visitação de pacientes internados, respeitando os critérios definidos pelos estabelecimentos.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, considera-se animal doméstico e de estimação todos os tipos de animal que possam entrar em contato com os humanos sem proporcionar-

lhes perigo, além daqueles utilizados na Terapia Assistida de Animais (TAA), como cães, gatos, pássaros, coelhos, chinchilas, tartarugas, hamsters, outras espécies devem passar pela avaliação do médico responsável pelo paciente, que avaliará de acordo com o quadro clínico do mesmo.

Art. 2º Os animais de estimação para visita deverão estar com a vacinação em dia e higienizados, devendo o responsável comprovar, por meio de laudo veterinário, a boa condição de saúde do animal.

§ 1º A entrada do animal dependerá de autorização da comissão de infectologia do hospital.

§ 2º Os animais deverão estar em recipiente ou caixa adequada e, tratando-se de cães e gatos, deverão estar em guias presas por coleiras e, se necessário, enforcador e focinheiras.

Art. 3º Os hospitais criarão normas e procedimentos próprios para organizar o tempo e o local de permanência dos animais para visitação dos pacientes internados.

§ 1º A presença do animal se dará mediante a solicitação e autorização do médico responsável pelo paciente, observado o disposto no § 1º do art. 2º.

§ 2º As visitas dos animais deverão ser agendadas previamente na administração do hospital, respeitando a solicitação do médico.

§ 3º O local de encontro do paciente com o animal ficará a critério do médico e da administração do hospital.

Art. 4º A permissão de entrada de animais nos hospitais deverá observar as regras estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde - OMS.

Art. 5º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias.

Art. 6º Caberá ao Poder Executivo a regulamentação da presente Lei.

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

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 19 de março de 2019.

Vereador JORGE FELIPPE
Presidente

DCM de 20.3.2019

3.35. Lei nº 6.519/2019 (Classes Hospitalares)

Lei nº 6.519, de 4 de abril de 2019.

Dispõe sobre a obrigatoriedade das unidades hospitalares do Município do Rio de Janeiro a disponibilizar classes de ensino para alunos internados.

Autora: Vereadora Luciana Novaes.

A CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO

DECRETA:

Art. 1º As unidades hospitalares do Município do Rio de Janeiro deverão disponibilizar classes hospitalares para atendimento pedagógico-educacional aos pacientes internados.

§ 1º Denomina-se classe hospitalar o atendimento pedagógico-educacional que ocorre em ambientes de tratamento de saúde, seja na circunstância de internação, como tradicionalmente conhecida, seja na circunstância do atendimento em hospital-dia ou hospital-semana.

§ 2º A classe hospitalar deverá assegurar a continuidade ao processo de desenvolvimento e aprendizagem dos alunos matriculados na educação básica impossibilitados de frequentar a escola.

Art. 2º O aluno atendido na classe hospitalar deverá acompanhar a classe de origem para garantir a continuidade pedagógica do ensino e o seu retorno às classes de origem.

Parágrafo único. Fica assegurada a frequência escolar do aluno, com base em relatório elaborado pelo professor responsável pelo atendimento pedagógico-educacional em classe hospitalar.

Art. 3º As Secretarias Municipais de Educação e de Saúde deverão celebrar convênio entre si, no qual serão fixadas as responsabilidades de cada área, a forma de integração entre ambas e a divisão de atribuições para oferta de classes hospitalares.

§ 1º Compete à Secretaria de Educação:

I - a contratação e capacitação de professores e demais profissionais da educação;

II - a provisão de recursos financeiros e materiais para os referidos atendimentos;

III - a coordenação pedagógica desses atendimentos;

IV - o acompanhamento desses atendimentos, de forma a assegurar o cumprimento da legislação e a promoção da qualidade dos serviços prestados.

§ 2º Compete à Secretaria de Saúde:

I - disponibilizar e adequar espaços nos hospitais e demais serviços públicos de saúde, de modo a favorecer o desenvolvimento das atividades didático-pedagógicas;

II - dotar esses espaços de instalações sanitárias próprias, completas, suficientes e adaptadas às necessidades dos educandos.

§ 3º Os professores que atuarem nas classes hospitalares deverão ser, prioritariamente, do regime de quarenta horas semanais.

§ 4º A escola de referência do professor será a mais próxima da unidade hospitalar, que fornecerá material didático e folha de frequência do professor.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 4 de abril de 2019.

Vereador JORGE FELIPPE
Presidente

DCM de 5.4.2019

3.36. Lei nº 6.534/2019 (Serviço de Mensagens - Aedes Aegypti)

Lei nº 6.534, de 16 de abril de 2019.

Cria o serviço de mensagens WhatsApp RJ Combate ao Mosquito Aedes Aegypti e dá outras providências.

Autor: Vereador Dr. Gilberto.

Art. 1º Fica criado o serviço de mensagens *WhatsApp* RJ Combate ao Mosquito *Aedes Aegypti* com a finalidade de receber informações sobre locais caracterizados como possíveis criadouros do mosquito *Aedes Aegypti*.

§ 1º A informação será recebida através do aplicativo *WhatsApp* instalado em celular ou *tablet.*

§ 2º As fotografias e vídeos encaminhados por meio do aplicativo *WhatsApp* serão considerados provas documentais que servirão para auxiliar o Poder Público na localização dos criadouros do mosquito *Aedes Aegypti.*

§ 3º Recebida a informação a que se refere o art. 1º, o serviço de mensagens *WhatsApp* RJ Combate ao Mosquito *Aedes Aegypti* fará encaminhamento desta ao órgão competente do Poder Executivo para notificação aos proprietários de terrenos ou edificações que estejam com acúmulo de lixo, entulho, água parada e materiais inservíveis, para que estes providenciem a limpeza do local.

§ 4º O órgão competente do Poder Executivo que receber esta informação deverá responder ao cidadão informante quanto às providências e soluções referentes ao local indicado como criadouro do mosquito *Aedes Aegypti*.

Art. 2º O *WhatsApp* RJ Combate ao Mosquito *Aedes Aegypti* também fornecerá à população informações sobre medidas de prevenção da doença.

Art. 3º O atendimento no serviço de *WhatsApp* RJ Combate ao Mosquito *Aedes Aegypti* será realizado em conformidade com as diretrizes gerais da Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 4º Compete ao Poder Executivo a divulgação do serviço *WhatsApp* RJ Combate ao Mosquito *Aedes aegypti*, mediante a veiculação de anúncios publicitários em rádio, jornal e televisão, bem como em terminais rodoviários, ferroviários e aeroviários, além da publicidade em escolas e universidades, parques e hospitais públicos.

Art. 5º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de trinta dias.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 16 de abril de 2019.

Vereador JORGE FELIPPE
Presidente

DCM de 18.4.2019

3.37. Lei nº 6.537/2019 (Informatização da Carteira de Vacinação)

Lei nº 6.537, de 22 de abril de 2019.

Dispõe sobre a informatização da carteira de vacinação.

Autor: Vereador Dr. Gilberto.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica criada a carteira eletrônica de vacinação.

Art. 2º Os dados referentes à vacinação, conjuntamente com os procedimentos utilizados atualmente, deverão ser salvos eletronicamente em um banco de dados, por qualquer unidade de saúde, com acesso público à *internet.*

Art. 3º É de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, a criação de infraestrutura necessária para a informatização do sistema de vacinação.

§ 1º Cabe à Secretaria Municipal de Saúde a criação do banco de dados para o armazenamento das informações sobre a vacinação e o treinamento para que os profissionais possam alimentar esse banco de dados.

§ 2º A Secretaria Municipal de Saúde deverá alimentar o banco de dados com informações referentes à vacinação de todas as crianças, ou cidadãos, que vierem a ser vacinados a partir da data de publicação desta Lei.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação

MARCELO CRIVELLA
Prefeito

DCM de 25.4.2019

3.38. Lei nº 6.541/2019 (Prioridade Especial para os maiores de Oitenta Anos)

Lei nº 6.541, de 22 de abril de 2019.

Obriga a afixação de cartazes informando sobre o estabelecimento de prioridade especial para os maiores de oitenta anos.

Autor: Vereador Alexandre Isquierdo.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Ficam as unidades de saúde públicas e privadas obrigadas a afixar cartazes informativos em local de fácil acesso contendo os seguintes dizeres:

"Dentre os idosos, é assegurada prioridade especial aos maiores de oitenta anos, atendendo-se suas necessidades sempre preferencialmente em relação aos demais idosos. Lei Federal nº 13.466, de 12 de julho de 2017."

Art. 2º Ato do Poder Executivo regulamentará esta Lei, no que couber.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO CRIVELLA
Prefeito

DCM de 25.4.2019

3.39. Lei nº 6.543/2019 (Direitos da Gestante e Acompanhante - Pré-parto, Parto e Pós-parto)

Lei nº 6.543 , de 22 de abril de 2019.

Dispõe sobre a obrigatoriedade de afixação de aviso sobre os direitos da gestante e acompanhante durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto no âmbito do Município do Rio de Janeiro.

Autor: Vereador Zico Bacana.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Ficam obrigados os hospitais e clínicas, públicos e privados, localizados no Município do Rio de Janeiro, a afixarem, em local visível e de fácil acesso, cartazes contendo aviso sobre os direitos da gestante e acompanhante durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto.

Art. 2º Os hospitais e clínicas deverão expor cartazes com o seguinte aviso: "É direito da parturiente ter um acompanhante no momento do trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato, devendo o acompanhante obedecer aos procedimentos regulamentares adotados pela unidade hospitalar", conforme Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

Art. 3º Os hospitais e clínicas deverão adotar as seguintes providências:

I - os cartazes a que se refere o art. 2º desta Lei deverão ter a dimensão no mínimo de cinquenta x trinta centímetros;

II - fixação de, ao menos, três cartazes em lugares visíveis ao público nas unidades de saúde que possuam ala de obstetrícia, ou simplesmente realizem parto;

III - ofereçam orientação ou capacitação aos profissionais que atendem as parturientes sobre a necessidade de informá-las que tem direito a acompanhante, estimulando a prática;

IV - informem as parturientes, por escrito, no ato da entrada, ao preencherem os formulários de internação, sobre o direito de serem assistidas por pessoa, por ela indicada, no pré-parto, parto e pós-parto, eventual recusa deverá ser explícita e informar o motivo; e

V - os sítios dos hospitais e das secretarias de saúde também deverão reproduzir a informação.

Art. 4º Os hospitais e clínicas terão o prazo de sessenta dias para se adequarem ao disposto nesta Lei.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO CRIVELLA
Prefeito

DCM de 25.4.2019

3.40. Lei nº 6.550/2019 (Rede Pública de Saúde - Exame Pré-nupcial)

Lei nº 6.550, de 25 de abril de 2019.

Disponibiliza o exame pré-nupcial na Rede Pública de Saúde.

Autor: Vereador Dr. João Ricardo.

Art. 1º Esta Lei disponibiliza o exame pré-nupcial aos casais que pretendam constituir família, mesmo que sem casamento, na Rede Pública de Saúde da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

Parágrafo único. Não serão excluídos do direito aos exames, os casais que já tenham vida sexual ativa antes do casamento.

Art. 2º A Prefeitura estabelecerá um protocolo, definindo exames e procedimentos necessários a serem disponibilizados.

Parágrafo único. Será incluída neste protocolo a orientação psicológica e sexual para esclarecer dúvidas que os noivos possam ter.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 25 de abril de 2019.

Vereador JORGE FELIPPE
Presidente

DCM de 26.4.2019

3.41. Lei nº 6.552/2019 (Unidades de Saúde - Profissionais de Odontologia)

Lei nº 6.552, de 25 de abril de 2019.

Torna obrigatória a presença de profissionais de odontologia nas unidades de saúde pertencentes ao Município do Rio de Janeiro e dá outras providências.

Autor: Vereador Dr. Carlos Eduardo.

Art. 1º Torna obrigatória a presença de profissional de odontologia em todas as unidades de saúde do Município do Rio de Janeiro que possuam leitos de internação.

Parágrafo único. Nas Unidades de Terapia Intensiva – UTIs, o profissional, obrigatoriamente, será um cirurgião dentista.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 25 de abril de 2019.

Vereador JORGE FELIPPE
Presidente

DCM de 26.4.2019

3.42. Lei nº 6.556/2019 (Sistema Móvel de Coleta de Sangue)

Lei nº 6.556, de 25 de abril de 2019.

Dispõe sobre a criação do Sistema Móvel de Coleta de Sangue na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde e dá outras providências.

Autor: Vereador Rafael Aloisio Freitas.

Art. 1º Fica criado o Sistema Móvel de Coleta de Sangue na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 2º São objetivos do Sistema Móvel de Coleta de Sangue:

I - promover ações de incentivo e de educação sobre a doação de sangue;

II - flexibilizar a doação de sangue;

III - realizar os mesmos exames ofertados pelo Hemorio; e

IV - cooperar em ações de fomento ao aumento dos estoques dos bancos de sangue.

Art. 3º As ações móveis poderão funcionar em veículos transfigurados para este fim.

Art. 4º Poderão ser firmados convênios e parcerias com instituições públicas e privadas, desde que obedecidos os pressupostos legais.

Art. 5º As despesas desta Lei correrão por conta de dotações próprias.

Art. 6º Fica a cargo do Poder Executivo a regulamentação e a edição de demais dispositivos técnicos desta Lei.

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

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 25 de abril de 2019.

Vereador JORGE FELIPPE
Presidente

DCM de 26.4.2019

3.43. Lei nº 6.574/2019 (Atendimento com Acessibilidade)

Lei nº 6.574, de 28 de maio de 2019.

Assegura às pessoas com deficiência o atendimento, bem como a devida acessibilidade, em centro de saúde, unidade básica de saúde ou unidade de saúde da família mais próxima de sua residência.

Autor: Vereador Dr. Gilberto.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica assegurado às pessoas com deficiência o atendimento, bem como a devida acessibilidade, em centro de saúde, unidade básica de saúde ou unidade de saúde da família mais próxima de sua residência.

Parágrafo único. Para o fim do disposto no *caput*, a pessoa com deficiência deverá solicitar seu cadastramento, mediante apresentação de comprovante de residência e atestado médico.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO CRIVELLA
Prefeito

DCM de 30.5.2019

3.44. Lei nº 6.587/2019 (Permissão de Animais Terapeutas)

Lei nº 6.587 de 29 de maio de 2019.

Dispõe sobre a permissão de animais terapeutas no local onde exerçam as suas atividades e dá outras providências.

Autor: Vereador Zico

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica permitida a permanência de animais terapeutas no local onde estiverem exercendo suas atividades.

§ 1º O animal terapeuta que pertencer a um único dono que dele dependa fica autorizado a acompanhá-lo no caso de necessidade comprovada.

§ 2º O animal terapeuta colaborador de programa de saúde, clínica ou quaisquer instituições que incluam entre seus fins a terapia com animais fica autorizado a exercer suas funções onde for necessário.

Art. 2º Fica considerado como animal terapeuta o animal que exerça atividades diretamente com uma ou mais pessoas, no ambiente de terapia ou em residência particular, comprovadas por avaliação médica em vigor, ou ainda que acompanhe pessoa com necessidades especiais, sejam físicas, psicológicas ou psiquiátricas, em tratamento ou estado permanente que abranjam:

I - dificuldades motoras e de locomoção;

II - distúrbios comportamentais e de socialização;

III - redução de transtorno de ansiedade;

IV - controle de estresses pós-traumáticos; ou

V - suporte em casos de autismo, transtornos obsessivos compulsivos e psicoses.

§ 1º Ficam equiparados para efeito de abrangência desta Lei, os portadores de neuroses fóbicas, tais como agorafobia e claustrofobia, desde que comprovadas por atestado médico válido.

§ 2º A avaliação médica para efeito desta Lei é válida no prazo de um ano a partir de sua emissão.

Art. 3º Os animais, quando em trânsito, devem obrigatoriamente utilizar coleiras e serem conduzidos por pessoas maiores de dezoito anos.

Art. 4º As fezes do animal terapeuta devem ser recolhidas pelo seu respectivo condutor.

Art. 5º Os animais devem ter sido vacinados e apresentar atestado de saúde, obedecidas às seguintes normas e informações:

I - dados de identificação do animal, como nome, raça, espécie, idade, coloração, marcas e tudo mais que possa ajudar a identificá-lo;

II - atestado de que o animal não apresenta sintomas clínicos de doenças infectocontagiosas ou parasitárias, nem de raiva ou leptospirose;

III - qualificação completa do proprietário;

IV - data de aplicação e medicamento usado no tratamento preventivo contra parasitas internos e externos, incluindo nome, princípio ativo e fabricante dos medicamentos; e

V - carimbo, assinatura e CRMV - Conselho Regional de Medicina Veterinária do veterinário, em receituário ou papel timbrado que contenha nome, telefone e endereço.

Parágrafo único. O atestado de saúde vale por seis meses, contando como primeiro dia o dia em que foi emitido.

Art. 6º O descumprimento do disposto nesta Lei acarretará as seguintes sanções:

I - advertência;

II - multa de R$ 500,00 (quinhentos reais), em caso de reincidência; e

III - em caso de nova infração, multa de R$ 1.000,00 (mil reais), que será acrescida de R$ 100,00 (cem reais), cumulativamente, a cada nova infração.

Parágrafo único. O responsável pelo pagamento das multas é aquele que contrariar quaisquer disposições constantes desta Lei.

Art. 7º O Poder Executivo informará o teor desta Lei a todos os estabelecimentos cadastrados cuja atividade se enquadre nas disposições desta Lei.

Art. 8º Ato do Poder Executivo regulamentará esta Lei.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO CRIVELLA
Prefeito

DCM de 30.5.2019

3.45. Lei nº 6.595/2019 (Centro Municipal de Coleta de Sangue na AP-5)

Lei nº 6.595, de 31 de maio de 2019.

Dispõe sobre a criação de Centro Municipal de Coleta de Sangue na AP-5, e dá outras providências.

Autor: Vereador Marcelino D'Almeida.

Art. 1º Fica criado na Área de Planejamento-5 do Município do Rio de Janeiro o Centro Municipal de Coleta de Sangue.

Parágrafo único. O objetivo geral do Centro Municipal de Coleta de Sangue é aumentar o número de doadores de sangue no Município e, consequentemente, os estoques de sangue dos hemocentros, para serem utilizados principalmente nos hospitais de emergência.

Art. 2º Constituem os objetivos do Centro Municipal de Coleta de Sangue:

I - intensificar a coleta de sangue no Município;

II - incentivar a doação de sangue;

III - facilitar a doação de sangue;

IV - promover campanhas educativas sobre a importância da doação de sangue;

V - realizar exames obrigatórios para doadores;

VI - esclarecer dúvidas sobre a doação de sangue;

VII - organizar campanhas e mutirões de doação de sangue;

VIII - colaborar em ações que visem aumentar os estoques dos bancos de sangue.

Art. 3º O programa disponibilizará serviço telefônico gratuito para informações e agendamento das doações de sangue, por meio de uma central para comparecimento em dias e horários marcados.

Art. 4º Poderão ser firmados convênios e parcerias com o Hemorio do Estado e os demais hospitais, organizações não governamentais e instituições privadas para a consecução dos objetivos previstos nesta Lei.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 31 de maio de 2019.

Vereador JORGE FELIPPE
Presidente

DCM de 3.6.2019

3.46. Lei nº 6.635/2019 (Maternidade - Dr. George Sterblitch)

Lei nº 6.635, de 5 de setembro de 2019.

Dá o nome de Dr. George Sterblitch à maternidade do Hospital Municipal Miguel Couto.

Autor: Vereador Dr. João Ricardo.

Art. 1º O Poder Executivo dará o nome de Dr. George Sterblitch à maternidade do Hospital Municipal Miguel Couto.

Art. 2º Para o fiel cumprimento desta Lei, o Poder Executivo adotará as medidas administrativas necessárias, para confecção e fixação de uma placa da homenagem nominada no art. 1º.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 5 de setembro de 2019.

Vereador JORGE FELIPPE
Presidente

DCM de 6.9.2019

3.47. Lei nº 6.641/2019 (Unidades de Saúde - Lista de Funcionários Presentes)

Lei nº 6.641, de 19 de setembro de 2019.

Obriga as unidades de saúde públicas municipais a divulgarem, em local de fácil visualização, a lista de funcionários presentes.

Autor: Vereador Jair da Mendes Gomes.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º As unidades de saúde públicas municipais ficam obrigadas a divulgar, diariamente, em local de fácil visualização, a lista de médicos, enfermeiros e demais funcionários presentes na unidade.

Art. 2º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no que couber.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO CRIVELLA
Prefeito

DCM de 23.9.2019

3.48. Lei nº 6.674/2019 (Programa de Conscientização sobre a Dislexia)

Lei nº 6.674, de 11 de dezembro de 2019.

Cria o Programa de Conscientização sobre a Dislexia no âmbito do Município do Rio de Janeiro e dá outras providências.

Autor: Vereador Petra.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica criado o Programa de Conscientização sobre a Dislexia no âmbito do Município do Rio de Janeiro.

Art. 2º O Programa de Conscientização sobre a Dislexia tem como objetivos:

I - levar ao conhecimento dos pais, professores, cuidadores e população a informação acerca desse transtorno de aprendizagem;

II - orientar a respeito do diagnóstico e do adequado tratamento; e

III - diagnosticar casos, realizar encaminhamentos para acompanhamento especializado.

Art. 3º Serão promovidas atividades que visem ampliar o conhecimento e a sensibilização sobre esse transtorno, tais como palestras, seminários e atividades lúdicas.

Art. 4º As escolas de ensino público e privado poderão celebrar parcerias com unidades básicas de saúde, hospitais, organizações não governamentais, associações e outras entidades afins, para implementação dos objetivos pretendidos pelo Programa de Conscientização sobre a Dislexia.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO CRIVELLA
Prefeito

DCM de 13.12.2019

3.49. Lei nº 6.687/2019 (Notificação Compulsória - Doenças Raras e Genéticas)

Lei nº 6.687, de 17 de dezembro de 2019.

Estabelece a notificação compulsória dos casos de suspeita e/ou confirmação de casos de pessoas portadoras de doenças raras e genéticas.

Autor: Vereador Paulo Pinheiro.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º As unidades de saúde localizadas no Município do Rio de Janeiro deverão notificar ao órgão responsável do Poder Executivo todos os casos suspeitos e/ou confirmados de pessoas portadoras de doenças raras e genéticas.

Parágrafo único. Para efeito do disposto no caput, considera-se também como doença genética, a fibromialgia. (Veto promulgado)

Art. 2º As unidades de saúde e os profissionais de saúde que não cumprirem o disposto nesta Lei estarão sujeitos às mesmas sanções impostas àqueles que deixam de informar ao órgão responsável os casos de doenças e agravos à saúde, objetos de notificação compulsória.

Art. 3º O Poder Executivo indicará o órgão fiscalizador e promoverá a regulamentação desta Lei, estabelecendo as normas necessárias ao seu cumprimento.

Parágrafo único. O órgão fiscalizador disposto no caput deverá enviar à Comissão de Higiene, Saúde Pública e Bem Estar Social da Câmara Municipal, relatório anual com os dados constantes na notificação compulsória.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. (Veto promulgado)

MARCELO CRIVELLA
Prefeito

DCM de 19.12.2019

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 1º de abril de 2020.

Vereador JORGE FELIPPE
Presidente

DCM de 2.4.2020

3.50. Lei nº 6.693/2019 (Programa Municipal de Prevenção ao Alcoolismo entre Mulheres)

Lei nº 6.693, de 20 de dezembro de 2019.

Dispõe sobre a criação do Programa Municipal de Prevenção ao Alcoolismo entre Mulheres e dá outras providências.

Autora: Vereadora Veronica Costa.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito do Município do Rio de Janeiro, o Programa Municipal de Prevenção ao Alcoolismo entre Mulheres.

Art. 2º Esta Lei tem por objetivo proceder à execução de um conjunto de normas e ações que contribuam de modo eficaz para a redução do consumo de bebida alcoólica entre as mulheres, buscando inibir a ingestão excessiva que, entre outras consequências, causa graves riscos à saúde, sendo considerada bebida alcoólica, para os efeitos desta Lei, toda bebida potável com qualquer teor de álcool.

Art. 3º Fica criada a Semana de Prevenção da Mulher contra o Alcoolismo, com o objetivo de realizar eventos e atividades voltados para a redução do consumo de álcool entre o público feminino.

Art. 4º Ao longo de cada ano serão desenvolvidas palestras e seminários sobre o alcoolismo, dirigidos ao público objeto desta Lei, além de distribuição de material informativo, folhetos e montagem de quiosques para panfletagem e orientação em locais próximos a boates, bares, restaurantes, danceterias, clubes e congêneres, e ainda em locais e dias de eventos musicais e esportivos.

Art. 5º Após a execução de qualquer das políticas públicas objeto desta Lei, caso sejam identificadas pessoas que queiram se submeter a tratamento contra o vício, poderão estas serem encaminhadas aos órgãos competentes indicados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 6º Para execução da presente Lei e realização das atividades nela previstas, o Poder Público priorizará o Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS-AD) e a rede municipal de saúde mental.

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

MARCELO CRIVELLA
Prefeito

DCM de 27.12.2019

3.51. Lei nº 6.712/2020 (Consultas Dermatológicas e Oftalmológicas para Pessoas com Acromatose)

Lei nº 6.712, de 21 de janeiro de 2020.

Dispõe sobre a prioridade de marcação de consultas dermatológicas e oftalmológicas para pessoas com acromatose, no âmbito do Município do Rio de Janeiro.

Autor: Vereador Petra.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica estabelecida a prioridade na marcação de consultas dermatológicas e oftalmológicas às pessoas portadoras de acromatose, na Rede Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro.

Art. 2º A pessoa portadora de acromatose deve comprovar tal condição mediante apresentação de laudo médico contendo a respectiva Classificação Internacional de Doenças - CID, a assinatura e o carimbo com o número do Conselho Regional de Medicina - CRM, do médico competente.

Art. 3º O descumprimento ao disposto nesta Lei acarretará sanções aos responsáveis pelo estabelecimento infrator a serem regulamentadas pelo Poder Executivo, sem prejuízo das penalidades de natureza civil e penal.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO CRIVELLA
Prefeito

DCM de 23.1.2020

3.52. Lei nº 6.714/2020 (Política Municipal de Cuidados Paliativos)

Lei nº 6.714, de 21 de janeiro de 2020.

Institui a Política Municipal de Cuidados Paliativos e dá outras providências.

Autor: Vereador Dr. Jorge Manaia.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituída a Política Municipal de Cuidados Paliativos visando à atenção integral de saúde das pessoas com doenças ameaçadoras à vida.

Parágrafo único. Os cuidados paliativos devem ser ofertados o mais precoce possível no curso de qualquer doença potencialmente fatal, com o objetivo de garantir melhor qualidade de vida de indivíduos e de suas famílias, mediante prevenção e alívio de sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, estendendo a fase de luto.

Art. 2º A Política Municipal de Cuidados Paliativos tem como princípios reafirmar a vida e a morte como processos naturais, a melhoria da qualidade de vida das pessoas e seus familiares, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Art. 3º Os cuidados paliativos são norteados pelos seguintes princípios fundamentais, respeitada a vontade dos indivíduos ou de seus representantes legais:

I - integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente;

II - oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente;

III - oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível;

IV - usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

Art. 4º A Política Municipal de Cuidados Paliativos tem como diretrizes:

I - fortalecimento de políticas públicas que visem desenvolver ao máximo a saúde potencial de cada cidadão, incluindo políticas que tenham como objeto a criação de ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento de habilidades individuais e sociais para o autocuidado;

II - realização de ações intersetoriais, buscando-se parcerias que propiciem o desenvolvimento das ações de promoção da saúde;

III - organização das ações e serviços voltados para o cuidado integral na Rede da Atenção à Saúde, com base em parâmetros e critérios de necessidade e diretrizes constatadas em evidências científicas;

IV - atendimento multiprofissional com oferta de cuidado compatível a cada nível de atenção e evolução da doença;

V - formação de profissionais e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde e para a implantação desta Política.

Art. 5º A organização dos serviços, os fluxos, rotinas e a formação dos profissionais de saúde serão aquelas preconizadas pelos gestores do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Art. 6º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias.

Art. 7º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. (Veto promulgado)

MARCELO CRIVELLA
Prefeito

DCM de 23.1.2020

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 1º de abril de 2020.

Vereador JORGE FELIPPE
Presidente

DCM de 2.4.2020

3.53. Lei nº 6.756/2020 (Transferência do Paciente Internado para fora da Região Metropolitana)

Lei nº 6.756, de 7 de julho de 2020.

Dispõe sobre a obrigatoriedade da Secretaria Municipal de Saúde de prestar informações e assessoria aos familiares dos pacientes internados e transferidos para fora da região metropolitana do Município do Rio de Janeiro.

Autores: Vereadores Luiz Carlos Ramos Filho, Vera Lins, Marcello Siciliano, Prof. Célio Lupparelli, Dr. Jorge Manaia, Marcelino D' Almeida, Jones Moura, Jorge Felippe, Dr. Carlos Eduardo, Major Elitusalem, Professor Adalmir, Luciana Novaes, Felipe Michel, Dr. Gilberto e Carlo Caiado.

Art. 1º No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, caso haja a transferência do paciente internado para fora da região metropolitana, ficará a unidade que o transferiu responsável pelo repasse de informações sobre o paciente transferido, mantendo contato com o hospital fora da região metropolitana que recebeu o paciente.

Art. 2º Na internação fora da região metropolitana acima de cinquenta quilômetros, caso no momento da alta o usuário necessite de transporte especial com indicação médica, o mesmo será de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro.

Art. 3º Nos casos de óbitos ocorridos nas internações realizadas fora da região metropolitana, fica a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro responsável pelo traslado do corpo ao Município do Rio de Janeiro, em local indicado pela família, sem a cobrança de qualquer valor à família do paciente que veio a óbito.

Art. 4º Para fins dos dispostos nesta Lei, o Poder Executivo do Município do Rio de Janeiro procederá aos ajustes no sistema de regulação ambulatorial e internações, bem como as dotações para o transporte fora da região metropolitana.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 7 de julho de 2020.

Vereador JORGE FELIPPE
Presidente

DCM de 8.7.2020

3.54. Lei nº 6.779/2020 (Vacinação dos Adolescentes contra o Vírus HPV)

Lei nº 6.779, de 23 de setembro de 2020.

Dispõe sobre a vacinação dos adolescentes contra o vírus HPV, em sua unidade escolar, na rede municipal de ensino.

Autores: Vereadores João Mendes de Jesus e Dr. Carlos Eduardo.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A vacinação dos adolescentes da rede municipal de ensino contra o Vírus HPV - Vírus do Papiloma Humano poderá ser realizada na sua respectiva unidade escolar.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO CRIVELLA
Prefeito

DCM de 25.9.2020

3.55. Lei nº 6.785/2020 (Imunização de Idosos - Pneumonia)

Lei nº 6.785, de 21 de outubro de 2020.

Dispõe sobre a imunização de idosos com a vacina contra pneumonia, na rede pública de saúde do Município.

Autores: Vereadores Luciana Novaes, Dr. Carlos Eduardo, Jones Moura, João Mendes de Jesus e Dr. Jorge Manaia.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica assegurado aos idosos, a partir de sessenta anos, o direito de receber a vacina para imunização contra pneumonia, na rede pública de saúde do Município.

Art. 2º Fica o Município, através do Programa Municipal de Imunizações, ou outro que vier a substituir, responsável por desenvolver políticas públicas de saúde para os idosos com ações que contemplem a prevenção e controle da pneumonia, praticando, dentre outras, as seguintes atividades:

I - promover, junto à Secretaria Municipal de Saúde, campanha anual de vacinação nos Postos de Saúde;

II - produção de material educativo dirigido especialmente à população alvo, informando e conscientizando da importância e benefícios da vacina, bem como formas de prevenção da doença;

III - possibilidade de credenciamento de instituições públicas ou particulares visando organizar programas educativos, para divulgação e aceitação da vacina;

IV - as unidades hospitalares, centros de acolhimento, asilos ou casas de repouso do Município devem imunizar seus assistidos no período de campanha anual.

Art. 3º As despesas decorrentes da aplicabilidade do disposto nesta Lei correrão por conta de dotação orçamentária específica, prevista na Lei Orçamentária Anual.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO CRIVELLA
Prefeito

DCM de 23.10.2020

3.56. Lei nº 6.803/2020 (Prática da Atividade Física e do Exercício Físico como Essenciais à Saúde)

Lei nº 6.803 de 25 de novembro de 2020.

Reconhece a prática de atividade física e do exercício físico como essenciais para a população carioca em tempos de crises ocasionadas por moléstias contagiosas ou catástrofes naturais.

Autores: Vereadores Felipe Michel, Dr. Jairinho e Carlos Bolsonaro.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica reconhecida a prática da atividade física e do exercício físico como

essenciais à saúde da população carioca, mesmo em tempos de crise ocasionadas por moléstias contagiosas ou catástrofes naturais.

Parágrafo único. A autorização das atividades contidas no *caput* será fornecida pelos órgãos oficiais competentes.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

MARCELO CRIVELLA
Prefeito

DCM de 26.11.2020

3.57. Lei nº 6.805/2020 (Assistência Psicológica e Social aos Alunos Vítimas de Bullying)

Lei nº 6.805, de 26 de novembro de 2020.

Disponibiliza na Rede Municipal de Saúde assistência psicológica e social aos alunos vítimas de bullying.

Autor: Vereador Alexandre Isquierdo.

Art. 1º A Rede Municipal de Saúde disponibilizará assistência psicológica e social aos alunos, vítimas de *bullying*, matriculados nas unidades municipais de ensino.

Art. 2º A assistência de que trata a presente Lei será realizada por equipe multidisciplinar de psicólogos e assistentes sociais da Rede Municipal de Saúde.

§ 1º Os diretores das unidades municipais de ensino deverão encaminhar os (as) alunos (as) para avaliação.

§ 2º Pais ou responsáveis de alunos (as) poderão solicitar aos diretores o encaminhamento de seus filhos (as) para avaliação.

§ 3º O (A) aluno (a) que já estiver sendo assistido (a) por profissional da rede privada, ou assim preferir, deve informar através de declaração do profissional ao diretor da unidade de ensino que estiver matriculado.

Art. 3º Ato do Poder Executivo regulamentará esta Lei.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 26 de novembro de 2020.

Vereador JORGE FELIPPE
Presidente

DCM de 27.11.2020

3.58. Lei nº 6.817/2020 (Ressarcimento - Responsabilidade do Agressor)

Lei nº 6.817, de 9 de dezembro de 2020.

Dispõe sobre a responsabilidade do agressor pelo ressarcimento dos custos relacionados aos serviços de saúde prestados pelo Município por meio das transferências do fundo de saúde - Sistema Único de Saúde (SUS) às vítimas de violência doméstica e familiar e dá outras providências.

Autores: Vereadores Tânia Bastos, Jones Moura, Cesar Maia e Luciana Novaes.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada, conforme a legislação vigente, incluindo o ressarcimento aos cofres municipais, nos seguintes termos:

I - aquele que, por ação ou omissão, causar lesão, violência física, sexual ou psicológica à mulher em situação de violência doméstica e familiar fica obrigado a ressarcir todos os danos causados custeados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, de acordo com a tabela dos serviços prestados para o total tratamento das vítimas;

II - o ressarcimento deverá ocorrer aos cofres municipais, quando o recurso do Sistema Único de Saúde - SUS for transferido e recolhido pelo

Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde.

Art. 2º O órgão competente deverá regulamentar esta Lei, respeitando a legislação pertinente.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO CRIVELLA
Prefeito

DCM de 10.12.2020

3.59. Lei nº 6.821/2020 (Política Municipal de Conscientização e Orientação sobre a Endometriose)

Lei nº 6.821, de 9 de dezembro de 2020.

Institui a Política Municipal de Conscientização e Orientação sobre a Endometriose e dá outras providências.

Autores: Vereadores Átila A. Nunes, Dr. Carlos Eduardo, Luciana Novaes, Cesar Maia, Teresa Bergher e Jones Moura.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A presente Lei trata da instituição da Política Municipal de Conscientização e Orientação sobre a Endometriose.

Art. 2º A Política Municipal de Conscientização e Orientação sobre a Endometriose compreende as seguintes ações, entre outras:

I - campanha de divulgação, tendo como principais metas:

a) elucidação sobre as características da doença e seus sintomas;

b) precauções a serem tomadas pelos portadores;

c) orientar as portadoras de endometriose a buscar diagnóstico precoce e tratamento integral;

d) contribuir para a implementação de propostas que possibilitem o acesso universal e equitativo aos serviços públicos para as portadoras da doença;

e) distribuição de encartes e folders explicativos sobre a doença.

II - divulgar ações preventivas, terapêuticas, reabilitadoras e legais relacionadas à endometriose;

III - implantação de sistema de dados a respeito dos portadores da doença, visando a:

a) obtenção de informações sobre a população atingida;

b) detecção do índice de incidência da doença;

c) contribuição para aprimoramento de pesquisas científicas sobre o tema.

IV - deverá ser disponibilizado, no site da Prefeitura do Rio de Janeiro ou site específico, todas as informações necessárias de como prevenir, tratar e conviver com a doença;

V - elaboração de parcerias e convênios com órgãos públicos, entidades da sociedade civil e empresas de iniciativa privada, a fim de estabelecer trabalhos conjuntos acerca da endometriose;

VI - sensibilizar todos os setores da sociedade para o problema da endometriose.

Art. 3º O Sistema de Saúde Municipal fica encarregado de divulgar, prestar informações e orientar mulheres que busquem alternativas para a infertilidade causada pela endometriose.

Art. 4º O Sistema de Saúde Municipal proporcionará ao portador da endometriose o acesso aos medicamentos necessários ao controle da moléstia.

Art. 5º Fica o Poder Executivo autorizado a divulgar nos meios de comunicação social, através da Secretaria Municipal de Saúde, esclarecimentos à população sobre o atendimento à endometriose e à infertilidade, bem como sobre a semana de prevenção.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

MARCELO CRIVELLA
Prefeito

DCM de 10.12.2020

3.60. Lei nº 6.822/2020 (Permanência e Obrigatoriedade do Profissional Fisioterapeuta – UTI)

Lei nº 6.822, de 9 de dezembro de 2020.

Dispõe sobre a permanência e obrigatoriedade do profissional fisioterapeuta nas Unidades de Terapia Intensiva – UTI – do Município do Rio de Janeiro, adultas, neonatais e pediátricas e dá outras providências.

Autores: Vereadores Dr. Carlos Eduardo, Carlo Caiado, Leonel Brizola, Thiago K. Ribeiro, Cesar Maia, Rocal, Vera Lins, Dr. Jorge Manaia, Prof. Célio Lupparelli, Eliseu Kessler, Jones Moura, Welington Dias, Fátima da Solidariedade, Paulo Pinheiro, Jorge Felippe, Zico, Dr. Marcos Paulo, Luciana Novaes, Teresa Bergher, Átila A. Nunes, Marcelino D'Almeida, Marcelo Arar, Professor Adalmir, Junior da Lucinha, Felipe Michel, Reimont e Rosa Fernandes.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º As emergências, Unidades de Terapia Intensiva - UTI – e as Unidades Intermediárias – UI – adultas, neonatais e pediátricas das unidades hospitalares da rede municipal ficam obrigadas a manter em seus quadros a presença de no mínimo um fisioterapeuta para cada dez leitos ou fração de leito nas UTI e no mínimo um fisioterapeuta para quinze leitos ou fração de leito nas UI, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de vinte e quatro horas.

Art. 2º É condição precípua e obrigatória aos profissionais fisioterapeutas que atuam nestas unidades apresentar um ou mais de um pré-requisito, de acordo com a complexidade do cargo e da unidade, que deverão estar disponíveis em tempo integral para assistência aos pacientes internados nas UTI durante o horário em que estiverem escalados para atuação:

I - apresentar título de especialista em fisioterapia terapia intensiva adulto, neonatal e pediátrico, que se dará a exigência do setor específico, expedido pela ASSOBRAFIR (Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva) e outorgado pelo COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), ou comprovação de dez anos ou mais de experiência em terapia intensiva, para os coordenadores de unidades grau três;

II - curso de especialização nas áreas de terapia intensiva adulto, neonatal e pediátrico ou fisioterapia cardiovascular ou pneumofuncional reconhecidos pelo MEC (Ministério da Educação e Cultura), acompanhado de no mínimo um ano de experiência, ou comprovação de três anos ou mais de experiência em unidades de terapia intensiva e/ou demais especialidades para os plantonistas de unidades de grau três ou para o cargo de coordenador de unidades com grau dois e unidades intermediárias;

III - curso de especialização nas áreas de terapia intensiva adulto, neonatal e pediátrico ou fisioterapia cardiovascular ou pneumofuncional reconhecidos pelo MEC (Ministério da Educação e Cultura), acompanhado de no mínimo um ano de experiência ou comprovação de três anos ou mais para plantonistas de emergências, unidades de grau dois e as unidades intermediárias.

Art. 3º O Poder Executivo terá cento e oitenta dias após a publicação desta Lei para se adequar às novas regras.

Art. 4º O Poder Executivo regulamentará a presente Lei no que couber.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO CRIVELLA
Prefeito

DCM de 10.12.2020

3.61. Lei nº 6.864/2021 (Saúde Vocal e Auditiva dos funcionários da SME)

Lei nº 6.864, de 22 de abril de 2021.

Estabelece a Campanha Municipal Permanente de Saúde Vocal e Auditiva dos funcionários da Secretaria Municipal de Educação.

Autor: Vereador Dr. Carlos Eduardo.

Art. 1º Fica instituída a Campanha Municipal Permanente de Saúde Vocal e Auditiva dos funcionários da Secretaria Municipal de Educação.

Art. 2º A campanha tem por objetivo prevenir possíveis doenças vocais e auditivas decorrentes do trabalho diário de professor, por meio de atendimento médico regular para esses profissionais.

Parágrafo único. Fica o Poder Executivo autorizado a firmar convênios com o Estado e a União para consecução dos objetivos desta Lei.

Art. 3º A campanha deverá realizar consultas preventivas dentro da rede municipal de saúde para os funcionários da Secretaria Municipal de Educação, bem como promover a realização de cursos visando à conscientização e à prevenção de problemas ligados à saúde vocal e auditiva.

Parágrafo único. Deverá ser realizada consulta semestral preventiva em todos os professores da rede municipal de ensino, com médicos especializados da rede pública, e tratamento quando necessário em unidades de saúde.

Art. 4º Caberá à Secretaria Municipal de Saúde e à Secretaria Municipal de Educação a formulação de diretrizes para viabilizar a plena execução da campanha.

Art. 5º A Campanha Municipal Permanente de Saúde Vocal e Auditiva terá caráter fundamentalmente preventivo, mas, uma vez detectada alguma disfunção, será garantido ao professor o pleno acesso a tratamento médico.

Art. 6º O Poder Executivo regulamentará a presente Lei no prazo de noventa dias, a contar de sua publicação.

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

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 22 de abril de 2021.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 23.4.2021

3.62. Lei nº 6.865/2021 (Descarte de Agulhas, Seringas e Curativos)

Lei nº 6.865, de 22 de abril de 2021.

Define locais para o descarte de agulhas, seringas, curativos e outros materiais de uso médico.

Autores: Vereadores Dr. João Ricardo e Dr. Carlos Eduardo.

Art. 1º As unidades de saúde do Município ficam obrigadas a disponibilizar em suas dependências local para o público externo descartar agulhas, seringas, curativos e outros materiais de uso médico, principalmente os que apresentem risco infectante.

Parágrafo único. Inclui-se entre os materiais a serem descartados remédios com prazos de validade vencidos.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 22 de abril de 2021.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 23.4.2021

3.63. Lei nº 6.898/2021 (Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal)

Lei nº 6.898, de 18 de maio de 2021.

Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando à proteção destas contra a violência obstétrica no Município e dá outras providências.

Autora: Vereadora Veronica Costa.

Art. 1º A presente Lei tem por objeto a divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, no Município do Rio de Janeiro, visando à proteção das gestantes e das parturientes contra a violência obstétrica.

Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, maternidade e unidades de saúde, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou ainda, no período de puerpério.

Art. 3º Para efeitos da presente Lei, considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

I - tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça sentir-se constrangida pelo tratamento recebido;

II - recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas, bem como, por característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;

III - não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;

IV - tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;

V - fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o recém-nascido;

VI - realização de procedimentos que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram ou causem dor ou dano físico com o intuito de acelerar o parto por conveniência médica;

VII - recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;

VIII - promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;

IX - impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;

X - impedir a mulher de se comunicar, tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante;

XI - submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional;

XII - deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer;

XIII - proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível;

XIV - manter algemadas as detentas em trabalho de parto;

XV - fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;

XVI - após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto;

XVII - submeter a mulher e/ou o recém-nascido a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes;

XVIII - submeter o recém-nascido saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;

XIX - retirar da mulher, depois do parto, direito de ter o recém-nascido ao seu lado no alojamento conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles ou ambos necessitarem de cuidados especiais;

XX - não informar a mulher, com mais de vinte e cinco anos ou com mais de dois filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);

XXI - tratar o pai do recém-nascido como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o recém-nascido a qualquer hora do dia.

Art. 4º Para o acesso às informações constantes nesta Lei, poderão ser elaboradas Cartilhas dos Direitos da Gestante e da Parturiente, pela Secretaria Municipal de Saúde, propiciando a todas as mulheres as informações e esclarecimentos necessários para um

atendimento hospitalar digno e humanizado visando à erradicação da violência obstétrica, devendo conter, para tanto, a integralidade do texto da Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências.

Art. 5º As maternidades e unidades de saúde da rede pública municipal deverão expor cartazes informativos contendo as condutas elencadas nos incisos I a XXI do art. 3º, bem como disponibilizar às mulheres gestantes e às parturientes um exemplar da cartilha referida no art. 4º desta Lei.

Art. 6º As despesas com a execução desta Lei correrão a conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

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

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 18 de maio de 2021.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 19.5.2021

3.64. Lei nº 6.907/2021 (Orientações para Primeiros Socorros - Recém-nascidos)

Lei nº 6.907, de 24 de maio de 2021.

Dispõe sobre a obrigatoriedade dos hospitais e maternidades públicas e privadas de prestarem orientações para primeiros socorros em caso de engasgamento, aspiração de corpo estranho, asfixia e prevenção de morte súbita de recém-nascidos e dá outras providências.

Autor: Vereador Dr. Gilberto.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Ficam os hospitais e maternidades públicos e privados do Município do Rio de Janeiro obrigados a prestar aos pais, mães ou responsáveis legais por recém-nascidos, orientações e treinamento para primeiros socorros em caso de engasgamento, aspiração de corpo estranho, asfixia e prevenção de morte súbita de bebês.

§ 1º As orientações, assim como o treinamento, serão ministrados antes da alta do recém-nascido por enfermeiras do mesmo setor ou profissionais indicados pela unidade de saúde.

§ 2º Fica obrigatório aos pais, mães ou responsáveis legais participarem da capacitação oferecida pelos hospitais e maternidades.

Art. 2º Os hospitais e maternidades deverão informar aos pais, mães ou responsáveis pelos recém-nascidos sobre a existência e disponibilidade do treinamento, ainda durante o acompanhamento pré-natal.

Parágrafo único. Os hospitais e maternidades poderão optar por fornecer a capacitação para primeiros socorros individualmente ou em turmas aos pais, mães ou responsáveis por recém-nascidos.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 25.5.2021

3.65. Lei nº 6.915/2021 (Ações de Capacitação dos Profissionais - Rede Pública de Atenção Primária)

Lei nº 6.915, de 24 de maio de 2021.

Institui, na Secretaria Municipal de Saúde, ações de capacitação dos profissionais, na rede pública de atenção primária, e dá outras providências.

Autora: Vereadora Tânia Bastos.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A Secretaria Municipal de Saúde deverá promover ações de capacitação dos

seus profissionais na rede de atenção primária, clínicas da família, com objetivo de realizar o diagnóstico e o tratamento das pessoas com narcolepsia.

Parágrafo único. O órgão competente regulamentará a capacitação desses profissionais pela Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 25.5.2021

3.66. Lei nº 6.918/2021 (Assistência Psicológica a Vítimas da Violência Doméstica e Familiar)

Lei nº 6.918, de 31 de maio de 2021.

Estabelece o Programa Municipal de Assistência Psicológica a Vítimas da Violência Doméstica e Familiar no Município do Rio de Janeiro.

Autores: Vereadores Dr.Carlos Eduardo, Cesar Maia, Paulo Pinheiro, Rocal, Teresa Bergher, Vera Lins, Jorge Felippe e Prof. Célio Lupparelli.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Estabelece o Programa Municipal de Assistência Psicológica a Vítimas da Violência Doméstica no Município do Rio de Janeiro.

Art. 2º O programa disposto no art. 1º tem por finalidade o resgate da saúde psicológica e mental aos cidadãos que forem vítimas da violência doméstica e familiar na Cidade.

Art. 3º Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar qualquer ação ou omissão que cause lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial no âmbito da unidade doméstica, no âmbito da família ou em qualquer relação íntima de afeto, compreendidas conforme os incisos I, II e III do art. 5º da Lei federal nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.

Art. 4º O programa deverá agir em conjunto às unidades de saúde da rede pública municipal e conselhos tutelares disponibilizando ajuda a todas as vítimas de violência doméstica no Rio de Janeiro.

Parágrafo único. Cabe ao Poder Executivo buscar parcerias com os órgãos de saúde e assistência social pertencentes às esferas do Poder Público Federal ou Estadual, bem como de órgãos privados.

Art. 5º As secretarias de Saúde e Desenvolvimento Social deverão coordenar o programa de forma a garantir seu pleno funcionamento, compondo conjuntamente a coordenadoria multidisciplinar do programa.

Parágrafo único. Caso a vítima seja menor de dezoito anos, caberá à coordenadoria do programa garantir todo o suporte necessário aos conselhos tutelares para o atendimento a essas crianças e adolescentes.

Art. 6º A coordenadoria do programa deverá buscar, sempre que possível, novos métodos de aproximação e recuperação dessas vítimas, nas produções acadêmicas brasileiras da atualidade nesse tema, sendo necessárias a produção e publicação de um relatório justificando os métodos escolhidos pelos profissionais no tratamento desses pacientes, preservando sempre a identidade das vítimas.

Parágrafo único. Deve-se prioritariamente buscar os estudos promovidos pela Lei federal nº 11.340, de 2006.

Art. 7º Em caso de necessidade de administração de medicação controlada, respeitar-se-á a conduta estabelecida em lei, identificando o usuário que terá os medicamentos fornecidos pelo Poder Público Municipal.

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 2.6.2021

3.67. Lei nº 6.919/2021 (Profissional Capacitado para atender Vítimas de Violência Doméstica e Sexual)

Lei nº 6.919, de 31 de maio de 2021.

Dispõe sobre a disponibilização de profissional capacitado para atender vítimas de violência doméstica e sexual na rede de ambulatórios, postos de saúde e hospitais do Município do Rio de Janeiro e dá outras providências.

Autora: Vereadora Veronica Costa.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Todos os ambulatórios, postos de saúde e hospitais da rede municipal de saúde deverão disponibilizar pelo menos um profissional da área da saúde ou não que seja capaz de atender, acolher e orientar nas situações de violência doméstica e/ou sexual.

Art. 2º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 3º O Poder Executivo regulamentará esta Lei, no que couber, no prazo de sessenta dias a contar da data de sua publicação.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 2.6.2021

3.68. Lei nº 6.923/2021 (Aromaterapia no SUS)

Lei nº 6.923, de 31 de maio de 2021.

Dispõe sobre a oferta da aromaterapia no Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro.

Autor: Vereador Cesar Maia.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica ratificada e reconhecida a atividade de aromaterapia como terapia incluída nas Práticas Integrativas e Complementares da Saúde no Município do Rio de Janeiro, podendo ser ofertada nos serviços do Sistema Único de Saúde, próprios, contratados e conveniados, conforme disposto na Portaria do Ministério da Saúde nº 702, de 21 de março de 2018.

Art. 2º Considera-se aromaterapia a aplicação de procedimentos terapêuticos usando os óleos essenciais (concentrados voláteis extraídos de vegetais) por via tópica, inalação, massagens, banhos e outros, para promover ou melhorar a saúde, o bem-estar e a higiene.

Art. 3º O exercício da atividade é privativo de quem tenha concluído curso específico na referida área, que tenha sido ministrado por escola ou curso autorizado e reconhecido pelos órgãos competentes e/ou por cursos livres e/ou por cursos reconhecidos por associações de aromaterapia e/ou de terapeutas.

Art. 4º Para atender ao disposto nesta Lei, o Poder Executivo poderá celebrar convênio com órgãos federais, estaduais e municipais, bem como entidades representativas de aromaterapia, organizações não governamentais e/ou de saúde.

Art. 5º Fica criado o programa de serviços de terapia complementar, na modalidade aromaterapia, nas unidades de saúde e nos hospitais mantidos pelo poder público municipal ou a ele conveniados.

Parágrafo único. Consideram-se terapias para efeito da disposição contida no *caput* as que foram implementadas nos programas oficiais do Governo Federal pela Portaria nº 702, de 2018, do Ministério da Saúde.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 2.6.2021

3.69. Lei nº 6.954/2021 (Lista de Funcionários Contratados)

Lei nº 6.954, de 15 de junho de 2021.

Obriga as unidades de saúde públicas municipais a divulgarem, em local de fácil visualização, a lista de funcionários contratados.

Autor: Vereador Jair da Mendes Gomes.

Art. 1º As unidades de saúde públicas municipais ficam obrigadas a divulgar, diariamente, em local de fácil visualização, a lista de médicos, enfermeiros e demais funcionários contratados para prestarem serviço naquela unidade.

Art. 2º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no que couber.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 15 de junho de 2021.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 16.6.2021

3.70. Lei nº 6.956/2021 (Programa de Acesso ao Tratamento Odontológico)

Lei nº 6.956, de 15 de junho de 2021.

Fica instituído o Programa de Acesso ao Tratamento Odontológico direcionado às pessoas com deficiência no âmbito do Município do Rio de Janeiro.

Autora: Vereadora Tânia Bastos.

Art. 1º Fica instituído o Programa de Acesso ao Tratamento Odontológico direcionado às pessoas com deficiência, respeitando as especificidades e garantindo a assistência clínico-odontológica, na rede municipal de saúde.

Parágrafo único. O Programa será implementado por meio de parcerias, convênios e outros, na forma da legislação vigente.

Art. 2º O Poder Executivo promoverá ações de capacitação dos seus profissionais, com objetivo de realizar o atendimento odontológico multiprofissional e especializado às pessoas com deficiência.

Art. 3º O Poder Executivo poderá acrescentar no Guia de Atenção à Saúde Bucal o tratamento direcionado às pessoas com deficiência, com o intuito de oferecer orientações aos profissionais e qualidade no atendimento, principalmente quanto ao manejo e cuidado odontológico.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 15 de junho de 2021.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 16.6.2021

3.71. Lei nº 6.972/2021 (Rol de Medicamentos disponíveis para Distribuição Gratuita)

Lei nº 6.972, de 28 de junho de 2021.

Dispõe sobre a divulgação do rol de medicamentos disponíveis para distribuição gratuita, através da página de internet da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro.

Autores: Vereadores Jones Moura e Dr. Carlos Eduardo.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Poder Executivo municipal, através do sítio eletrônico oficial da Prefeitura, dará permanente e ampla divulgação do rol de medicamentos disponíveis à distribuição gratuita para a população carioca.

§ 1º O rol de medicamentos de que trata o *caput* estará disponível na internet, através da página oficial da Prefeitura Municipal, devendo constar a quantidade e os insumos médicos disponíveis.

§ 2º A lista deve ser atualizada constantemente e conter também o nome genérico dos medicamentos.

Art. 2º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito
DCM de 30.6.2021

3.72. Lei nº 6.977/2021 (Programa Ambulatorial de Fisioterapia Respiratória)

Lei nº 6.977, de 28 de junho de 2021.

Cria o Programa Ambulatorial de Fisioterapia Respiratória para tratar sequelas respiratórias dos pacientes que tiveram Covid-19 e dá outras providências.

Autores: Vereadores Dr. Carlos Eduardo, Dr. Rogerio Amorim, Reimont, Cesar Maia, Prof. Célio Lupparelli, Marcio Ribeiro, Dr. Gilberto, Felipe Michel, Paulo Pinheiro, Dr. Marcos Paulo, Marcelo Arar e Vera Lins.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica criado o Programa de Fisioterapia Respiratória Ambulatorial Especializado para tratamento das pessoas que apresentam sequelas pulmonares pela pandemia do novo coronavírus e desenvolveram a doença Covid-19, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro.

Art. 2º O objetivo do programa a que se refere o art. 1º desta Lei é garantir atendimento às pessoas com sequelas pulmonares decorrentes da Covid-19 que tenham acarretado em prejuízo em suas atividades de vida diária, bem como na qualidade de vida, de todas as faixas etárias.

Art. 3º Os pacientes que apresentarem sequelas pulmonares decorrentes de sintomas da Covid-19 serão encaminhados para avaliação, diagnóstico fisioterapêutico e selecionadas para o Programa de Fisioterapia Respiratória Ambulatorial Especializado.

Art. 4º As equipes de fisioterapia serão constituídas por profissionais graduados em Fisioterapia, com pós-graduação e/ou título de especialista em Fisioterapia Respiratória, selecionados pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Art. 5º O Poder Executivo, através da Secretaria Municipal de Saúde, regulamentará a presente Lei.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito
DCM de 30.6.2021

3.73. Lei nº 7.018/2021 (Sistema de Coleta de Dados Biométricos de Recém-nascidos)

Lei nº 7.018, de 1º de setembro de 2021.

Dispõe sobre sistema de coleta de dados biométricos de recém-nascidos nas unidades de saúde, públicas e privadas, do Município do Rio de Janeiro e dá outras providências.

Autores: Vereadores Dr. Gilberto e Rocal.

Art. 1º Fica instituído o sistema de coleta das impressões papiloscópicas de recém-nascidos em maternidades e hospitais públicos e privados, situados no Município do Rio de Janeiro, e para a vinculação dessas impressões papiloscópicas com os dados biográficos e biométricos dos respectivos responsáveis legais dos recém-nascidos.

Parágrafo único. Na forma do art. 3º, § 1º, da Lei federal nº 13.444, de 11 de maio de 2017, que dispõe sobre a Identificação Civil Nacional, o Poder Executivo Municipal não poderá integrar

ao seu próprio banco de dados os dados biométricos coletados com base nesta Lei, os quais serão enviados para registro e arquivo apenas aos órgãos federais competentes.

Art. 2º O Município poderá estabelecer convênios ou termos de cooperação com os órgãos competentes, a fim de efetivar as medidas relacionadas aos serviços notariais e de registro nos hospitais municipais.

Art. 3º A implantação do sistema de coleta de dados de que trata esta Lei será feita de forma progressiva dentro do prazo de seis meses.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 1º de setembro de 2021.
Vereador CARLO CAIADO
Presidente
DCM de 2.9.2021

3.74. Lei nº 7.021/2021 (Assistência às Parturientes)

Lei nº 7.021, de 1º de setembro de 2021.

Obriga hospitais e maternidades a prestarem assistência às parturientes em que seja constatado qualquer tipo de deficiência ou patologia crônica que exija tratamento especial em seus filhos recém-nascidos.

Autor: Vereador Marcelo Arar.

Art. 1º Esta Lei obriga hospitais e maternidades a prestarem assistência às parturientes em que seja constatado qualquer tipo de deficiência ou patologia crônica que exijam tratamento especial em seus filhos recém-nascidos.

Art. 2º A assistência especial de que trata esta Lei consiste em fornecer, por escrito, à parturiente ou a quem a represente:

I - informações relativas à deficiência ou patologia;

II - orientações sobre cuidados especiais a serem tomados com o recém-nascido; e

III - listagem de instituições especializadas na assistência à pessoa com deficiência ou com a patologia específica, públicas ou conveniadas.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 1º de setembro de 2021.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 2.9.2021

3.75. Lei nº 7.025/2021 (Diagnósticos de Doenças causadas pela falta de Saneamento Básico)

Lei nº 7.025, de 2 de setembro de 2021.

Dispõe sobre a obrigatoriedade de o Poder Executivo prestar informações referentes aos diagnósticos de doenças causadas pela falta de saneamento básico.

Autores: Vereadores Paulo Pinheiro, Cesar Maia, Dr. Carlos Eduardo, Dr. Gilberto, Dr. Marcos Paulo e Tarcísio Motta.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Poder Executivo encaminhará à Câmara Municipal do Rio de Janeiro, trinta dias antes de encaminhar o Projeto da Lei Orçamentária Anual, relatório, dividido por Área de Planejamento - AP, apontando:

I - o quantitativo de casos diagnosticados como:

a) febre tifoide;

b) febre paratifoide;

c) shigelose;

d) cólera;

e) hepatite A;

f) amebíase;

g) giardíase;

h) leptospirose.

II - o quantitativo dos casos diagnosticados, relacionados no inciso I, dividido por idade:

a) zero a onze anos;

b) onze anos e um dia a dezessete anos;

c) dezessete anos e um dia a trinta anos;

d) trinta anos e um dia a sessenta anos;

e) maiores de sessenta anos.

III - nos casos de óbito em decorrência das enfermidades relacionadas no inciso I do art. 1º deverá constar, ainda, o bairro onde o paciente residia.

Parágrafo único. Os relatórios exigidos nesta Lei justificarão as dotações orçamentárias previstas no Projeto de Lei Orçamentária para o ano seguinte.

Art. 2º O descumprimento da presente Lei poderá configurar crime de responsabilidade, conforme assevera o art. 112, VII, da Lei Orgânica.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 3.9.2021

3.76. Lei nº 7.064/2021 (Publicação do Boletim Juliana Dellabary)

Lei nº 7.064, de 7 de outubro de 2021.

Dispõe sobre a publicação do boletim Juliana Dellabary de dados sobre direitos sexuais e reprodutivos.

Autora: Vereadora Tainá de Paula.

Art. 1º O Poder Executivo publicará, trimestralmente, em sítio eletrônico próprio, boletim informativo sobre as políticas públicas municipais e atendimentos realizados nos equipamentos públicos e privados de saúde e congêneres, no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos.

Parágrafo único. Os dados publicados deverão necessariamente conter a sua ocorrência por unidade de saúde, área programática e/ou divisão organizativa da cidade, onde couber no tempo vigente, devendo ser desagregados mês a mês.

Art. 2º O boletim de dados deverá, no mínimo, conter as seguintes informações:

I - razão de mortalidade materna, inclusive os casos ainda em investigação;

II - número de partos ocorridos, contendo:

a) partos vaginais;

b) cesarianas, eletivas e intraparto;

c) indicação da ocorrência de prematuridade e suas causas, caso haja;

d) presença de acompanhante;

e) presença de doula;

f) a apresentação de planos de parto individual pela gestante;

g) intervenções ocorridas e/ou procedimentos realizados durante o trabalho de parto e parto, tais como, mas não somente: episiotomia, amniotomia, manobra de Kristeller, enema, tricotomia e utilização de ocitocina de rotina;

h) indicadores de acessibilidade a métodos de alívio da dor, como analgesia e também não farmacológicos, tais como, mas não somente: livre movimentação, práticas integrativas e complementares em saúde (aromaterapia, cromoterapia, acupuntura, moxabustão, entre outras), banho quente, livre escolha de posição no momento do parto;

i) proporção de natimortos em relação aos nascidos vivos; e

j) internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) materna e neonatal decorrentes da parturição.

III - interrupção da gestação, conforme previsão legal, com as unidades de saúde onde ocorrem;

IV - atendimento pré-natal, inclusive exames de diagnóstico realizados;

V - acesso a métodos contraceptivos, por tipo de método, incluindo:

a) contraceptivos de emergência;

b) procedimento de laqueadura, com a relação quantitativa de demandas por atender, caso haja;

c) procedimento de vasectomia, com a relação quantitativa de demandas por atender, caso haja;

d) inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU), com a relação quantitativa de demandas por atender, caso haja;

e) quantitativos disponíveis para o público usuário, por método de prevenção.

VI - diagnósticos ginecológicos relativos às doenças do aparelho reprodutivo e da mama, com incidências mais frequentes, inclusive cirurgias de histerectomia;

VII - atendimentos a pessoas com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), bem como pessoas em tratamento de demais Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's);

VIII - número de registros de denúncias sobre atendimentos na atenção ao ciclo gravídico-puerperal na Ouvidoria, através do sistema 1746 ou o que o substitua, com relação de unidades de atendimento e frequência de temas de ocorrência; e

IX - número de gestantes e puérperas entre os casos de arboviroses e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG's).

Parágrafo único. Os dados a que se refere o art. 2º deverão ter os recortes de idade, raça/cor e sexo.

Art. 3º A publicação dos dados de que trata esta Lei observará as regras impostas pela Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

Art. 4º A disponibilização dos dados de que trata esta Lei deverá ser aberta à consulta pública, conforme disposto na Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal, altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991, e dá outras providências.

Art. 5º O descumprimento do disposto nesta Lei poderá acarretar ao infrator as sanções cíveis e penais previstas em Lei, sem prejuízo de sua penalização por meio de sanções administrativas, na forma que o Poder Executivo regulamentar.

Art. 6º Caberá ao Poder Executivo regulamentar a presente Lei a partir da data da sua publicação.

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

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 7 de outubro de 2021.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 8.10.2021

3.77. Lei nº 7.077/2021 (Programa de Proteção à Saúde Bucal da Pessoa com TEA)

Lei nº 7.077, de 19 de outubro de 2021.

Dispõe sobre a criação do Programa de Proteção à Saúde Bucal da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e dá outras providências.

Autores: Vereadores Dr. Rogerio Amorim, Vera Lins, Vitor Hugo, Lindbergh Farias, Tânia Bastos, Teresa Bergher, Jorge Felippe, Prof. Célio Lupparelli, Eliel do Carmo e Reimont.

Art. 1º Fica instituído no Município o Programa de Proteção à Saúde Bucal da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

Art. 2º O programa instituído no art. 1º desta Lei será desenvolvido no âmbito da Rede Pública Municipal de Saúde, com apoio de especialistas e de representantes de associações de pais de autistas e terá como objetivos:

I - oferecer aos autistas tratamento de saúde bucal adequado às suas necessidades;

II - capacitar e especializar profissionais nesta área;

III - inserir este programa no Programa em Estratégia Saúde da Família;

IV - absorver novas técnicas e procedimentos que possibilitem melhoria na qualidade de vida dos autistas e familiares.

Art. 3º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 19 de outubro de 2021.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 20.10.2021

3.78. Lei nº 7.091/2021 (Programa Ambulatorial de Saúde Mental pós-Covid)

Lei nº 7.091, de 28 de outubro de 2021.

Cria o Programa Ambulatorial de Saúde Mental pós-Covid e dá outras providências.

Autores: Vereadores Dr. Rogerio Amorim, Felipe Boró, Marcos Braz, Vitor Hugo, Luciano Medeiros e Felipe Michel.

Art. 1º Fica criado o Programa Ambulatorial de Saúde Mental pós-Covid para tratamento de pessoas que apresentem transtornos de estresse pós-traumático, depressão, ansiedade, pânico e tendências suicidas em decorrência da pandemia de Covid -19, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Município.

Art. 2º O objetivo do programa a que se refere o art. 1º desta Lei é garantir o acesso à assistência em saúde mental, além do acolhimento, acompanhamento e tratamento psicológico e psiquiátrico específico às pessoas com transtornos decorrentes da pandemia de Covid-19.

Art. 3º Os pacientes que apresentarem os distúrbios referidos no art. 1º desta Lei serão encaminhados para avaliação e diagnóstico e, selecionados para o Programa Ambulatorial de Saúde Mental pós-Covid.

Art. 4º As equipes do programa serão constituídas por psicólogos e psiquiatras selecionados pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Art. 5º O Poder Executivo, através da Secretaria Municipal de Saúde, regulamentará a presente Lei.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 28 de outubro de 2021.
Vereador CARLO CAIADO
Presidente
DCM de 29.10.2021

3.79. Lei nº 7.109/2021 (Inclusão das Pessoas com Deficiência Intelectual e Múltipla)

Lei nº 7.109, de 5 de novembro de 2021.

Institui no Município ações que promovam a inclusão das pessoas com deficiência intelectual e múltipla e dá outras providências.

Autora: Vereadora Tânia Bastos.

Art. 1º Esta Lei institui no Município ações que promovam a inclusão das pessoas com deficiência intelectual e múltipla e estabelece as seguintes diretrizes para sua consecução:

I - ações educativas, incluindo a família, que visem à conscientização sobre os tratamentos e formas de diagnóstico da deficiência intelectual e múltipla;

II - ao Poder Executivo compete, por meio do seu corpo especializado, promover ações de atendimento de acordo com o perfil psicossocial das pessoas com deficiência intelectual e múltipla, devendo ser estimulados e integrados nas áreas de educação e ensino profissionalizante, saúde, assistência social, transporte, moradia, lazer, trabalho, entre outros;

III - os órgãos competentes devem realizar palestras, seminários, e outros, acerca do tema a fim de capacitar líderes comunitários e um atendimento multiprofissional, com vistas à inclusão social;

IV - a rede de saúde, utilizando-se dos equipamentos atuais, humanos, físicos e financeiros, deve promover, por meio de programas, a realização de consultas, exames e distribuição de medicamentos e nutrientes para prevenção e tratamento dessa deficiência;

V - à rede de educação compete criar mecanismos de atendimento às necessidades desses alunos, respeitando as diferenças por eles apresentadas e as regras de diretrizes da educação, recebendo a matrícula no local adequado;

VI - os programas criados pelo Município devem ser acompanhados pelos órgãos competentes, com dados estatísticos, que permitam a análise do acompanhamento e

avaliação dos resultados, cujo objetivo é permitir, junto aos órgãos competentes e a comunidade, a formulação de novas políticas públicas de inclusão social;

VII - o Poder Executivo poderá estabelecer contratos de direito público ou convênios, e outros meios necessários, com pessoas jurídicas de direito público ou privado, com a finalidade de atender de forma progressiva o cumprimento desta Lei.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 5 de novembro de 2021.
Vereador CARLO CAIADO
Presidente
DCM de 8.11.2021

3.80. Lei nº 7.170/2021 (Banco de Sangue e de Medula Óssea Virtual do Município do Rio de Janeiro - BASMOV)

Lei nº 7.170, de 2 de dezembro de 2021.

Institui o Banco de Sangue e de Medula Óssea Virtual do Município do Rio de Janeiro - BASMOV e dá outras providências.

Autor: Vereador Jones Moura.

Art. 1º Fica instituído o Banco de Sangue e de Medula Óssea Virtual do Município do Rio de Janeiro - BASMOV, com objetivo de ampliar o número de doadores nas unidades da Rede Pública de Saúde, em cumprimento aos arts. 351 e 381 da Lei Orgânica do Município.

Art. 2º O Banco de Sangue e de Medula Óssea Virtual do Município do Rio de Janeiro - BASMOV, de que trata esta Lei, é constituído pelo cadastramento de servidores públicos do Município do Rio de Janeiro e por munícipes atendidos nos postos de saúde do Município que declarem seu desejo de serem doadores de sangue e/ou de medula óssea, em parceria com a Rede Pública de Saúde.

§ 1º É considerada doadora de sangue do BASMOV toda pessoa que, comprovadamente, realizar pelo menos duas doações no período de doze meses, antecedentes à data em que for pleiteado qualquer dos incentivos enumerados no art. 4º desta Lei.

§ 2º É considerado doador de medula óssea aquele que tiver, efetivamente, realizado a doação.

Art. 3º O cadastramento mencionado no art. 2º deverá conter todas as informações necessárias para identificação do doador, devendo conter:

I - nome completo, filiação, CPF - Cadastro de Pessoas Físicas, tipo sanguíneo, endereço completo, telefone e endereço eletrônico;

II - intenção expressa em ser doador(a) de sangue e/ou de medula óssea;

III - para as hipóteses de medula óssea, as informações sobre a qualificação do servidor, os resultados de exames e as características genéticas do doador.

§ 1º Serão administradas pelo Poder Executivo Municipal as informações constantes no cadastro do Banco de Sangue e de Medula Óssea Virtual do Município do Rio de Janeiro – BASMOV, cabendo-lhe regulamentar as especificações normativas através dos seus órgãos técnicos competentes.

§ 2º O estoque de sangue disponível, juntamente com o fator RH e aqueles resultados referentes aos doadores de medula óssea deverão ser disponibilizados na rede mundial de computadores, assegurando ao doador a preservação da sua privacidade e dados pessoais, que não poderão ser objeto de divulgação na internet.

Art. 4º O servidor público que manifeste a intenção de ser doador de sangue ou de medula óssea permanece alcançado pelos benefícios de que tratam as leis sobre doação voluntária, sendo-lhe assegurado no âmbito municipal:

I - registro na folha individual ou pasta funcional do servidor do louvor pela doação voluntária de sangue e/ou de medula óssea;

II - ser dispensado ou abonado do ponto no dia da doação de sangue, o servidor público municipal que comprovar sua doação;

III - ser dispensado do ponto pelo período necessário para convalidar, somado a três dias de licença, o servidor que doar medula óssea, sendo este tempo de afastamento considerado de efetivo serviço para todos os efeitos legais;

IV - o doador voluntário que não for servidor público municipal será incluído, em igualdade de condições exigidas em Lei, entre os que prestam serviços relevantes à sociedade e ao Município, conforme dispuser a Lei.

§ 1º O órgão do Executivo Municipal que realizar a coleta do sangue doado poderá emitir um certificado de doação voluntária ao doador no qual conste seu nome completo, número da carteira de identidade e do CPF, data da doação, carimbo do órgão, assinatura do responsável técnico e o histórico das coletas realizadas.

§ 2º O doador de sangue que for servidor público municipal tem acrescido um dia em suas férias para cada doação realizada dentro de cada período aquisitivo, tendo como limite quatro doações por ano.

Art. 5º O Município poderá promover campanhas de estímulo à doação de sangue e de medula óssea no âmbito de suas secretarias, autarquias e fundações, para divulgar, esclarecer e estimular a doação por todos os servidores e munícipes.

Parágrafo único. A campanha de divulgação descrita no *caput* deverá ocorrer prioritariamente próxima a datas comemorativas.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 2 de dezembro de 2021.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 3.12.2021

3.81. Lei nº 7.175/2021 (Programa de Agentes Comunitários de Saúde - Ambiente Escolar)

Lei nº 7.175, de 2 de dezembro de 2021.

Dispõe sobre a expansão do atendimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde ao ambiente das escolas da rede municipal de ensino e dá outras providências.

Autor: Vereador Marcio Santos.

Art. 1º O Agente Comunitário de Saúde deve desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, por meio de visitas domiciliares, de visitas às escolas da rede municipal de ensino e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, que fazem parte das ações integrais à saúde do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º O Poder Executivo poderá adotar medidas necessárias à conformidade da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde no ambiente escolar.

Art. 3º A execução da presente Lei correrá por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 2 de dezembro de 2021.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 3.12.2021

3.82. Lei nº 7.176/2021 (Programa de Apoio ao Obeso Mórbido)

Lei nº 7.176, de 8 de dezembro de 2021.

Autoriza o Poder Executivo a instituir o Programa de Apoio ao Obeso Mórbido e dá outras providências.

Autoras: Vereadoras Rosa Fernandes e Veronica Costa.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado a instituir o Programa de Apoio aos Obesos Mórbidos, que estejam inscritos para realizar cirurgia de redução de estômago em unidades da rede municipal de saúde.

Parágrafo único. O programa de Apoio aos Obesos Mórbidos ficará subordinado à Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 2º Para a execução do que determina esta Lei, fica o Poder Executivo autorizado a disponibilizar para os pacientes de obesidade mórbida, inscritos para realizar cirurgia de redução de estômago na rede municipal de saúde:

I - local físico para implantação de Centro de Apoio ao Obeso Mórbido;

II - equipe multidisciplinar para realizar o acompanhamento de tratamento pré-operatório, integrada por profissionais das áreas de endocrinologia, fisioterapia, psicologia, cardiologia, nutrição, assistência social, enfermagem e saúde bucal;

III - acesso gratuito a medicamentos necessários ao tratamento de pacientes de obesidade mórbida na fase pré-operatória.

Art. 3º As despesas decorrentes desta Lei correrão à conta das dotações orçamentárias próprias, ficando o Poder Executivo autorizado a abrir créditos suplementares e especiais, se necessários.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 9.12.2021

3.83. Lei nº 7.182/2021 (Programa Contínuo de Diagnóstico e Tratamento da Depressão Pós-Parto)

Lei nº 7.182, de 8 de dezembro de 2021.

Cria o Programa Contínuo de Diagnóstico e Tratamento da Depressão Pós-Parto, na rede pública municipal de saúde do Rio de Janeiro.

Autores: Vereadores Veronica Costa, Marcelo Arar, Tainá de Paula, Dr. Carlos Eduardo, Marcio Ribeiro, Vera Lins e Felipe Michel.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica criado programa de ação contínua, em toda a rede pública municipal de saúde, no Município do Rio de Janeiro, que tem como objetivo o diagnóstico e o tratamento da depressão pós-parto.

§ 1º Entende-se por depressão a doença que tem como característica afetar o estado de humor da pessoa, deixando-a com um predomínio anormal de tristeza.

§ 2º Depressão pós-parto é entendida como uma manifestação clínica igual à da depressão propriamente dita e recebe essa classificação sempre que iniciada nos primeiros seis meses após o parto.

Art. 2º Esse programa deverá dar atendimento a todas as gestantes atendidas no âmbito da Cidade do Rio de Janeiro.

Art. 3º Cabe ao órgão municipal competente a criação e implantação do programa estabelecido nesta Lei.

Art. 4º Para a realização do disposto nesta Lei, poderão ser realizados convênios com outras secretarias, conforme as necessidades apresentadas para sua implantação.

Art. 5º O Poder Executivo regulamentará a presente Lei, no prazo máximo de cento e vinte dias contados da data de sua publicação, atendendo aos princípios de responsabilidade social e moral estabelecidos pela mesma. (Veto promulgado)

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 9.12.2021

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 15 de março de 2022.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 16.3.2022

3.84. Lei nº 7.197/2021 (Programa de Navegação de Paciente)

Lei nº 7.197, de 15 de dezembro de 2021.

Dispõe sobre o Programa de Navegação de Paciente, na forma que menciona.

Autores: Vereadores Dr. Marcos Paulo, Dr. Carlos Eduardo, Cesar Maia, Paulo Pinheiro, Chico Alencar, Marcos Braz, Rosa Fernandes, Teresa Bergher, Reimont e Tânia Bastos.

Art. 1º Fica criado, no âmbito do Município do Rio de Janeiro, o Programa de Navegação de Paciente para portadores de neoplasia maligna.

Art. 2º A finalidade do programa é garantir ao paciente acesso ao diagnóstico e ao tratamento médico em tempo adequado e coordenar uma assistência individualizada.

Art. 3º O programa constitui um modelo de prestação de serviços centrado no paciente, com foco no contínuo cuidado oncológico, e deverá oferecer especificamente:

I - treinamento de profissionais de saúde para oferecer coordenação do cuidado desde o diagnóstico até o início do tratamento em centros de referência oncológica;

II - auxílio ao paciente para entender sua jornada pelo sistema de saúde, abordando questões clínicas e não clínicas; e

III - planejamento adequado das necessidades do paciente, identificando barreiras nos processos de diagnóstico e de tratamento e oferecer soluções para sua melhoria.

Art. 4º São objetivos do Programa de Navegação de Paciente:

I - facilitar o diagnóstico em prazo inferior ao determinado pela Lei federal nº 13.896, de 30 de outubro de 2019;

II - facilitar o início do tratamento em centro especializado em prazo inferior ao determinado pela Lei federal nº 12.732, de 22 de novembro de 2012;

III - colaborar com as equipes de saúde para prestação de ações integrais e resolutivas;

IV - fornecer orientação individual, suporte, educação, coordenação de cuidados e assistência aos pacientes; e

V - reduzir custos dos recursos utilizados.

Art. 5º O Programa de Navegação de Paciente deverá estabelecer articulação com o Sistema Único de Saúde - SUS, visando à adequada orientação, tratamento, acompanhamento e monitoramento de pacientes diagnosticados com neoplasia maligna.

Art. 6º Para o fiel cumprimento desta Lei, o Poder Executivo adotará as medidas administrativas necessárias, observados os ditames da legislação pertinente em vigor.

Art. 7º As despesas decorrentes da implantação do programa descrito no art. 1º desta Lei correrão por dotação orçamentária própria, suplementada por créditos adicionais suplementares ou extraordinários.

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 15 de dezembro de 2021.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 16.12.2021

3.85. Lei nº 7.212/2021 (Publicidade dos Direitos da Pessoa portadora de Câncer)

Lei nº 7.212, de 22 de dezembro de 2021.

Dispõe sobre a ampla publicidade dos direitos da pessoa portadora de neoplasia maligna (câncer).

Autores: Vereadores Prof. Célio Lupparelli, Marcio Ribeiro e Dr. Carlos Eduardo.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica estabelecida a ampla publicidade dos direitos da pessoa com neoplasia maligna (câncer) nos órgãos públicos e em seus respectivos canais oficiais de comunicação.

Art. 2º A publicidade de que trata o art. 1º deverá ser feita, notadamente, por meio dos sítios eletrônicos dos órgãos governamentais e difundida nas respectivas unidades de modo a facilitar o acesso às informações e a visibilidade pela sociedade.

§ 1º A publicidade a que se refere o *caput* conterá informações acerca dos seguintes direitos da pessoa acometida de neoplasia maligna:

I - saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS;

II - saque do Programa de Integração Social - PIS e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público - Pasep;

III - auxílio-doença;

IV - aposentadoria por invalidez;

V - Tratamento Fora de Domicílio - TFD no Sistema Único de Saúde - SUS;

VI - Vale Social, na forma da Lei Estadual n° 4.510, de 13 de janeiro de 2005;

VII - Riocard Especial;

VIII - isenção de Imposto de Renda - IR na aposentadoria, reforma e pensão;

IX - isenção de Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação - ICMS na compra de veículos adaptados;

X - isenção de Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores - IPVA para veículos adaptados;

XI - isenção de Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI na compra de veículos adaptados;

XII - cirurgia plástica reparadora de mama – reconstrução mamária;

XIII - prioridade na tramitação de processos judiciais e administrativos, na forma da Lei Federal nº 12.008, de 29 de julho de 2009;

XIV - início do tratamento em até sessenta dias, na forma da Lei Federal nº 12.732, de 22 de novembro de 2012;

XV - uso de medicamentos em desenvolvimento - Programas de Acesso Expandido, Uso Compassivo e Fornecimento de Medicamento Pós-Estudo, na forma da Resolução - RDC nº 38, de 12 de agosto de 2013.

§ 2º A publicidade dos direitos previstos no § 1º não exclui outras decorrentes de novas normatizações referentes aos direitos das pessoas com neoplasia maligna.

Art. 3º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no que couber.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 23.12.2021

3.86. Lei nº 7.226/2022 (Macas e Cadeiras de Rodas dimensionadas para Obesos)

Lei nº 7.226, de 10 de janeiro de 2022.

Determina que todos os hospitais, clínicas, postos de saúde e afins, públicos e privados, localizados no Município do Rio de Janeiro adquiram macas e cadeiras de rodas dimensionadas para obesos, e dá outras providências.

Autores: Vereadores Dr. João Ricardo, Dr. Carlos Eduardo, Carlo Caiado, Prof. Célio Lupparelli, Tarcísio Motta, Vitor Hugo, Marcio Ribeiro e Vera Lins.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Nos hospitais, prontos-socorros, postos de atendimento ambulatorial e outras unidades de saúde públicos e privados deverão ser disponibilizadas uma maca e uma cadeira de rodas dimensionadas para o atendimento exclusivo às pessoas obesas.

Art. 2º Os hospitais, prontos-socorros, postos de atendimento ambulatorial e outras unidades de saúde privados que descumprirem esta Lei estarão sujeitos às seguintes penalidades:

I - advertência, na primeira ocorrência;

II - multa, no valor de R$ 5.000,00 (cinco mil reais), com correção monetária pelo índice oficial;

III - multa equivalente ao dobro da prevista no inciso II, nas ocorrências subsequentes e cassação do alvará do estabelecimento até o efetivo cumprimento do disposto nesta Lei.

Art. 3º O valor arrecadado com a aplicação das multas de que trata o art. 2º será destinado à aquisição de macas e cadeiras de rodas para pessoas obesas para doação às entidades filantrópicas localizadas no Município.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor no prazo de cento e oitenta dias da data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 11.1.2022

3.87. Lei nº 7.243/2022 (Terapeuta Ocupacional - AVD e AIVD)

Lei nº 7.243, de 4 de março de 2022.

Dispõe sobre a obrigatoriedade do profissional terapeuta ocupacional às instituições de assistência e de saúde pública, no que tange a atenção, promoção e recuperação da independência funcional das Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD).

Autores: Vereadores Dr. Carlos Eduardo, João Mendes de Jesus, Reimont, Prof. Célio Lupparelli, Paulo Pinheiro, Cesar Maia, Alexandre Isquierdo e Teresa Bergher.

Art. 1º Torna obrigatória a presença de profissionais de Terapia Ocupacional nas unidades de saúde e de assistência do Município do Rio de Janeiro, que existam pacientes internados e/ou restritos a leito, para cuidados e atenção à saúde, no que tange a promoção e recuperação da independência nas Atividades da Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) do paciente.

Parágrafo único. Entende-se a unidades que prestam serviços ambulatoriais, hospital-dia e domiciliares.

Art. 2º Ficam os estabelecimentos obrigados a respeitar a proporcionalidade de profissionais por leitos definida por legislação específica.

Art. 3º Os estabelecimentos terão um prazo de até cento e vinte dias úteis, a contar da data de publicação desta Lei, para adequarem-se aos termos exigidos pela mesma.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 4 de março de 2022.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 7.3.2022

3.88. Lei nº 7.250/2022 (Orientação e Informação - Legislação e Procedimentos relativos a Transplante de Órgãos)

Lei nº 7.250, de 14 de março de 2022.

Dispõe sobre a obrigatoriedade de orientação e informação da legislação e procedimentos relativos a transplante de órgãos pelas instituições de saúde do Município.

Autora: Vereadora Rosa Fernandes.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Ficam os hospitais, clínicas e assemelhados, particulares e públicos, obrigados a informar e orientar os pacientes e/ou seus familiares sobre a legislação e os procedimentos necessários relativos a transplante de órgãos no Município.

Art. 2º As informações e orientações de que trata o art. 1º desta Lei devem estar disponíveis na forma escrita, em cartazes, prospectos ou assemelhados, de forma acessível, para leitura do público em geral.

Art. 3º Os hospitais, clínicas e demais instituições da rede privada de saúde do Município que descumprirem o disposto na presente Lei estarão sujeitos às seguintes penalidades:

I - advertência para primeira ocorrência;

II - (Vetado).

Parágrafo único. O Poder Executivo editará e aplicará as penalidades cabíveis quando a instituição infratora pertencer à rede municipal de saúde pública.

Art. 4º As despesas decorrentes do que preceitua esta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, ficando o Poder Executivo autorizado a abrir créditos especiais ou suplementares, se necessário.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 15.3.2022

3.89. Lei nº 7.259/2022 (Disponibilização de Desfibrilador Cardíaco)

Lei nº 7.259, de 17 de março de 2022.

Torna obrigatória a disponibilização de desfibrilador cardíaco nos locais em que especifica.

Autores: Vereadores Dr. Gilberto, Marcos Braz, Paulo Pinheiro, Dr. Carlos Eduardo, Dr. Marcos Paulo, Marcelo Arar, Vera Lins, Luciano Medeiros e Rocal.

Art. 1º Fica obrigatória a disponibilização de desfibrilador cardíaco nos locais aqui especificados:

I - shopping centers, hipermercados, supermercados, centros empresariais e comerciais, estádios de futebol, casas de espetáculos, aeroportos, hotéis e locais de trabalho públicos e privados;

II - academias e clubes, parques públicos e privados, locais de velório, cemitérios, instituições financeiras e de ensino.

Art. 2º Os responsáveis pela administração dos locais referidos no art. 1º desta Lei proverão a aquisição, manutenção e contratação ou preparação de recursos humanos para o adequado funcionamento do desfibrilador cardíaco.

Art. 3º O desfibrilador cardíaco deverá estar disponível para uso durante todo o período em que os locais referidos no art. 1º desta Lei registrarem a presença de público.

Art. 4º O descumprimento ao disposto nesta Lei sujeita o infrator às seguintes penas, sem prejuízo das demais cominações legais:

I - multa de R$ 5.000,00 (cinco mil reais), a ser corrigida anualmente de acordo com a variação do índice de preços nacional utilizado para verificação do cumprimento das metas inflacionárias;

II - interdição do estabelecimento.

Parágrafo único. A multa pecuniária prevista no inciso I do *caput* deste artigo será duplicada a cada reincidência.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 17 de março de 2022.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 18.3.2022

3.90. Lei nº 7.278/2022 (Exames para Diagnóstico Precoce da Encefalopatia Crônica não Progressiva da Infância (PC - Paralisia Infantil) - DIPREPAC)

Lei nº 7.278 de 29 de março de 2022.

Dispõe sobre a obrigatoriedade de hospitais e maternidades da rede pública e privada do Município do Rio de Janeiro de realizarem os exames para diagnóstico precoce da encefalopatia crônica não progressiva da infância (PC - Paralisia Infantil) - DIPREPAC - nos recém-nascidos, e dá outras providências.

Autor: Vereador Zico.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Ficam os hospitais e maternidades da rede pública e privada do Município do Rio de Janeiro obrigados a realizarem exames para diagnóstico precoce da encefalopatia crônica não progressiva da infância (PC - Paralisia Infantil) - DIPREPAC - nos recém-nascidos.

Art. 2º Os exames devem ser realizados no momento do nascimento e repetidos de doze em doze horas, no mínimo, até a saída da maternidade, salvo quando, por determinação médica, outro período for julgado necessário.

Art. 3º Os exames obrigatórios consistem em:

I - colocar a criança recém-nascida de barriga para baixo (posição prona), caso o bebê não vire a cabeça para respirar fica constatado um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, devendo o recém-nascido ser avaliado pelo especialista (neuropediatra) e realizar exames subsidiários;

II - executar o Reflexo de Moro, que consiste em colocar o bebê deitado suspendendo-o levemente pela cabeça, posição na qual o bebê

deverá abrir os braços e as mãos fazendo uma grande abdução (susto) e retornando à posição anterior de flexão dos braços e mãos;

III - executar o Reflexo de Marcha, que consiste em colocar o bebê em pé sobre uma mesa, segurando-o pelo tronco, posição na qual as pernas se esticarão e o bebê se endireita para ficar em pé, inclinando levemente o tronco para frente, o bebê troca passos com ritmo; e

IV - executar os reflexos primitivos obrigatórios desde o nascimento: sucção, voracidade, preensão palmar, preensão plantar, moro, colocação, encurvamento do tronco, cutâneo plantar em extensão.

Art. 4º Ato do Poder Executivo regulamentará esta Lei.

Art. 5° Esta Lei entra em vigor trinta dias após a data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 30.3.2022

3.91. Lei nº 7.286/2022 (Política Municipal de Controle e Eliminação da Tuberculose)

Lei nº 7.286 de 31 de março de 2022.

Institui a Política Municipal de Controle e Eliminação da Tuberculose no Município.

Autores: Vereadores Paulo Pinheiro, Felipe Michel, Chico Alencar, Reimont, Cesar Maia, Dr. Carlos Eduardo, Thais Ferreira, Tarcísio Motta, Monica Benicio, Vitor Hugo, Vera Lins, Dr. Marcos Paulo, Dr. Rogerio Amorim, Teresa Bergher, Rocal, Átila A. Nunes e Zico.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei institui a Política Municipal de Controle e Eliminação da Tuberculose no Município do Rio de Janeiro.

Art. 2º São objetivos da Política Municipal de Controle e Eliminação da Tuberculose no Município:

I - reduzir a morbidade, a mortalidade e a transmissão da tuberculose;

II - ampliar os diagnósticos;

III - expandir a integração e a atuação intersetorial no desenvolvimento das ações e serviços de saúde relacionados ao enfrentamento da tuberculose, em especial, no atendimento;

IV - fortalecer a participação social na formulação de políticas públicas voltadas às ações de enfrentamento do estigma, do preconceito e da discriminação, na promoção dos direitos humanos, e serviços de saúde e sociais relacionados ao enfrentamento da tuberculose;

V - intensificar a atenção integral às necessidades de saúde, econômicas, psicológicas e sociais das pessoas afetadas pela tuberculose para o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional, interdisciplinar, intersetorial e o acesso a medicamentos, serviços, nutrientes e demais intervenções terapêuticas complementares e necessárias ao tratamento e à qualidade de vida dos pacientes;

VI - aumentar as estratégias e a informação pública sobre a tuberculose pelo Poder Público;

VII - incentivar a formação, continuada e permanente, e a capacitação, a qualificação e a supervisão de profissionais especializados no atendimento à pessoa acometida de tuberculose e a seus familiares;

VIII - estimular estratégias de fomento à pesquisa científica, com prioridade para estudos epidemiológicos, operacionais, clínicos, econômicos e sociais tendentes a dimensionar a magnitude e as características do problema, e a qualidade da assistência prestada relativa à tuberculose no Município;

IX - viabilizar estratégias de proteção social para atender às pessoas com tuberculose em situação de vulnerabilidade social.

Art. 3º São diretrizes da Política Municipal de Controle e Eliminação da Tuberculose no Município do Rio de Janeiro:

I - fortalecer a vigilância epidemiológica para aumentar a detecção de novos casos, a diminuição do abandono e a cura;

II - expandir a testagem, o diagnóstico precoce, o tratamento supervisionado, bem como reforçar a recomendação para tratamento da

infecção latente por tuberculose em pessoas com HIV, população em situação de rua, população carcerária e demais grupos de maior risco;

III - aperfeiçoar, disponibilizar e difundir a informação sobre tuberculose no Município;

IV - manter a cobertura total de vacinação Bacilo de Calmette e Guérin - BCG;

V - capacitar e supervisionar os profissionais que atuam no controle e prevenção da tuberculose;

VI - desenvolver ações de comunicação, campanhas e mobilização social para o enfrentamento da tuberculose.

Art. 4º As unidades da rede pública de saúde deverão garantir o atendimento ambulatorial e a internação das pessoas acometidas de tuberculose e suas comorbidades, complicações e sequelas, conforme necessidade individual.

Parágrafo único. As equipes de saúde deverão desenvolver ações para retorno das pessoas com tuberculose que interromperam o tratamento.

Art. 5º Os meios e instrumentos da Política Municipal de Controle e Eliminação da Tuberculose no Município são:

I - o Plano Municipal de Controle e Eliminação da Tuberculose;

II - monitoramento e controle social feitos pelos órgãos de fiscalização, conselhos, entidades da sociedade civil e Ministério Público, quando for o caso;

III - os fundos de financiamento a ações em saúde de enfrentamento da tuberculose, asseguradas as transferências obrigatórias de recursos fundo a fundo.

Art. 6º O Município instituirá o Plano Municipal de Controle e Eliminação da Tuberculose destinado a propor ações e projetos e a articular as políticas públicas da área com a União e o Estado do Rio de Janeiro.

Art. 7º O Plano Municipal de Controle e Eliminação da Tuberculose no Município do Rio de Janeiro tem por finalidade:

I - propor ações estratégicas de prevenção da tuberculose;

II - propor metas de redução da tuberculose no Município;

III - promover a melhoria da qualidade da gestão das políticas públicas em ações e serviços de saúde e proteção social relacionados ao enfrentamento da tuberculose;

IV - assegurar a produção do conhecimento sobre diagnóstico, definição de metas e avaliação dos resultados das políticas públicas em ações e serviços de saúde relacionados ao enfrentamento da tuberculose.

§ 1º Os indicadores, as ações estratégicas, as metas, as prioridades e as formas de financiamento e gestão das políticas de saúde relacionadas à tuberculose deverão estar contidos no Plano Municipal de Controle e Eliminação da Tuberculose no Município do Rio de Janeiro.

§ 2º O Plano terá duração de cinco anos, a contar de sua publicação.

Art. 8º O Plano Municipal de Controle e Eliminação da Tuberculose no Município do Rio de Janeiro deverá ser elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde, com ampla consulta, e apresentado ao Conselho Municipal de Saúde e Fórum de Tuberculose RJ.

Art. 9º O Plano Municipal de Controle e Eliminação da Tuberculose no Município do Rio de Janeiro deverá ser reavaliado anualmente, tendo como objetivo verificar o seu cumprimento e a elaboração de recomendações aos gestores e operadores que executam as ações e serviços de saúde relacionados ao enfrentamento da tuberculose.

Art. 10. São metas do Plano Municipal de Controle e Eliminação da Tuberculose:

I - detectar, pelo menos anualmente, noventa por cento dos casos estimados;

II - tratar cem por cento dos casos de tuberculose diagnosticados;

III - curar, pelo menos, oitenta e cinco por cento dos casos diagnosticados.

Art. 11. É garantida a assistência integral, em todos os níveis de atenção, às pessoas acometidas por tuberculose, inclusive assistência médica, de enfermagem, social e psicológica.

Art. 12. Toda unidade de saúde realizará a busca de pessoas sintomáticas, garantindo-se a coleta de material e exame de pesquisa de tuberculose.

§ 1º Será obrigatório indagar ao paciente acerca do sintoma de tosse, quando der entrada na unidade.

§ 2º Nas unidades de saúde ambulatoriais, o exame de escarro deverá ter o respectivo resultado no prazo máximo de quarenta e oito horas.

Art. 13. Nas unidades de pronto atendimento, urgência e emergência, o exame de busca de pessoa com sintomas ou contactantes deverá ser realizado com a máxima urgência.

Parágrafo único. As unidades de saúde a que se refere o *caput* deverão ter leitos de precaução respiratória.

Art. 14. É garantida a internação hospitalar, a terapia intensiva e procedimentos cirúrgicos para pacientes acometidos por tuberculose sempre que houver necessidade, inclusive aqueles com resistência às drogas e nos demais casos sociais com a biossegurança adequada.

Art. 15. Todos os resultados de exames de baciloscopia positiva ou teste molecular com MTB deverão ser inseridos e disponibilizados em sistema de acompanhamento virtual.

Art. 16. É garantido o direito à alimentação para as pessoas acometidas por tuberculose.

Art. 17. O Plano Municipal de Controle e Eliminação da Tuberculose contemplará a criação de casas de acolhimento para pessoas acometidas por tuberculose que não tenham suporte familiar para os cuidados da saúde.

Art. 18. O Poder Público fomentará parcerias com entidades e instituições, públicas ou privadas, e organizações da sociedade civil, com vistas à promoção de atividades para a consecução dos objetivos previstos nesta Lei.

Art. 19. Dotações orçamentárias contemplarão as despesas previstas nesta Lei, devendo ser suplementadas, caso necessário.

Art. 20. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 1º.4.2022

3.92. Lei nº 7.299/2022 (Campanha de Cuidados com as Doenças Vasculares)

Lei nº 7.299, de 18 de abril de 2022.

Dispõe sobre Campanha de Cuidados com as Doenças Vasculares provocadas pela imobilidade prolongada, quando da ocorrência de quarentena gerada por pandemia.

Autor: Vereador Marcio Santos.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituída a Campanha sobre os Cuidados com as Doenças Vasculares provocadas pela imobilidade prolongada quando da ocorrência de quarentena gerada pela pandemia.

Parágrafo único. A campanha de conscientização e cuidados com as doenças vasculares, especialmente a trombose deverá ser realizada através de palestras, fóruns e debates em plataformas digitais sendo compartilhada também em veículos utilizados para o transporte público no Município.

Art. 2º Fica o Poder Executivo Municipal autorizado a firmar convênios com instituições públicas e privadas para participar desta campanha, incluindo a participação de profissionais capacitados nesta temática.

Art. 3º As despesas decorrentes da aplicação desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 20.4.2022

3.93. Lei nº 7.300/2022 (Demonstração da aplicação da Manobra de Heimlich)

Lei nº 7.300, de 18 de abril de 2022.

Dispõe sobre a fixação de cartazes explicativos que demonstrem a aplicação da Manobra de Heimlich em restaurantes, bares, lanchonetes, praças de alimentação de shopping centers e estabelecimentos similares.

Autor: Vereador Waldir Brazão.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Torna-se obrigatória a afixação de cartazes explicativos em restaurantes, bares, lanchonetes, praças de alimentação de shopping centers e estabelecimentos similares, contendo a aplicação da Manobra de Heimlich.

§ 1º Entende-se como Manobra de Heimlich a técnica utilizada em casos de emergência por asfixia provocada por um pedaço de comida ou qualquer outro tipo de corpo estranho que fique preso nas vias respiratórias, impedindo a pessoa de respirar.

§ 2º Os cartazes deverão ser afixados em locais visíveis, explicando o passo a passo da aplicação da Manobra de Heimlich.

Art. 2º A não observância do disposto nesta Lei sujeitará o infrator às sanções e multas a serem regulamentadas pelo Poder Executivo.

Art. 3º O Poder Executivo regulamentará as informações.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 20.4.2022

3.94. Lei nº 7.324/2022 (Presença do Acompanhante de Pacientes maiores de Sessenta Anos de Idade)

Lei nº 7.324, de 28 de abril de 2022.

Torna obrigatório nos hospitais públicos e privados, contratados ou conveniados com o sistema único de saúde - SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de sessenta anos de idade, quando internados.

Autor: Vereador João Mendes de Jesus.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Torna obrigatório nos hospitais públicos e privados, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de sessenta anos de idade, quando internados.

Art. 2º O não cumprimento do disposto nesta Lei sujeitará o infrator as seguintes penalidades aferidas relativamente a cada estabelecimento onde se verificar a infração, pela autoridade administrativa no âmbito de sua atribuição:

I - advertência; e

II - multa de R$ 1.000,00 (mil reais) na primeira autuação, dobrados no caso de reincidência;

Art. 3º O auto de infração será publicado no diário oficial do município.

Art. 4º O Poder Executivo disponibilizará meios eficazes para o recebimento das denúncias e respectiva averiguação, bem como para a fiscalização do cumprimento desta Lei.

Art. 5º O Poder Executivo Municipal regulamentará a presente Lei no prazo de sessenta dias.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 29.4.2022

3.95. Lei nº 7.380/2022 (Programa de Orientação, Apoio e Atendimento aos Familiares e Cuidadores dos Portadores da Doença de Alzheimer)

Lei nº 7.380, de 26 de maio de 2022.

Institui o Programa de Orientação, Apoio e Atendimento aos Familiares e Cuidadores dos Portadores da Doença de Alzheimer, na forma que menciona.

Autores: Vereadores Dr. Marcos Paulo, Paulo Pinheiro, Rosa Fernandes, Teresa Bergher, Marcos Braz, Vera Lins, Eliel do Carmo e Luciano Medeiros.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído no Município o Programa de Orientação, Apoio e Atendimento aos Familiares e cuidadores dos Portadores da Doença de Alzheimer.

Art. 2º O Programa de Orientação, Apoio e Atendimento aos Familiares e cuidadores dos Portadores da Doença de Alzheimer tem por objetivo e finalidade:

I - garantir atendimento clínico, acompanhamento psicológico, psiquiátrico e neurológico especializado e periódico junto às Unidades Básicas de Saúde e na rede hospitalar que presta atendimento aos pacientes com Alzheimer do Sistema Único de Saúde aos familiares e cuidadores desses pacientes;

II - facilitar a obtenção de medicamentos, aos portadores e aos familiares e cuidadores, através da rede municipal de saúde;

III - promover programas de orientação, treinamento, apoio assistencial e de conscientização aos familiares e cuidadores referentes aos males causados pela doença, cuidados especiais no manuseio, capacidade de adaptação e segurança dos portadores; e

IV - implementar medidas e promover política de auxílio às famílias e cuidadores dos portadores da doença de Alzheimer, para identificar as necessidades individuais de cada portador e, principalmente, daqueles que cuidam dos portadores, propondo um processo assistencial para a facilitação de locomoção e transporte na realização de exames médicos periódicos, de tratamento fisioterápico, de terapia ocupacional, de fonoaudiologia, nutricional, psicológico, de estimulação comportamental do portador para atenuar as dificuldades de ambos.

Art. 3º Como parte do programa e planejamento deverá ser criado um banco de dados para o cadastramento e controle dos pacientes portadores da doença de Alzheimer no Município, para diagnosticar os casos já existentes e futuros, para o efetivo controle da doença e o acompanhamento.

Art. 4º As despesas decorrentes da implantação do programa descrito no art. 1º desta Lei correrão por dotação orçamentária própria, suplementada por créditos adicionais suplementares.

Art. 5º O Poder Executivo poderá celebrar convênios, parcerias e contar com a integração de pessoas jurídicas de direito público e privado para executar os objetivos deste programa.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 27.5.2022

3.96. Lei nº 7.383/2022 (Política Municipal de Conscientização e Orientação sobre o LES)

Lei nº 7.383, de 26 de maio de 2022.

Institui a Política Municipal de Conscientização e Orientação sobre o Lúpus Eritematoso Sistêmico e dá outras providências.

Autores: Vereadores Atila A. Nunes, Paulo Pinheiro, Dr. Carlos Eduardo, Dr. Marcos Paulo e Teresa Bergher.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituída a Política Municipal de Conscientização e Orientação sobre o Lúpus Eritematoso Sistêmico - LES.

Art. 2º A Política Municipal de Conscientização e Orientação sobre o Lúpus Eritematoso Sistêmico - LES compreende as seguintes ações, entre outras:

I - campanha de divulgação, tendo como principais metas:

a) elucidação sobre as características da doença e seus sintomas;

b) precauções a serem tomadas pelos portadores;

c) orientação sobre tratamento médico adequado;

d) orientação e suporte às famílias de portadores de LES; e

e) distribuição de encartes e *folders* explicativos sobre a doença.

II - implantação de sistema de dados a respeito dos portadores da doença, visando a:

a) obtenção de informações sobre a população atingida;

b) detecção do índice de incidência da doença; e

c) contribuição para aprimoramento de pesquisas científicas sobre o tema.

III - deverá ser disponibilizado, no sítio da Prefeitura do Rio de Janeiro ou sítio específico, todas as informações necessárias de como conviver com o Lúpus Eritematoso Sistêmico - LES;

IV - elaboração de parcerias e convênios com órgãos públicos, entidades da sociedade civil e empresas de iniciativa privada, a fim de estabelecer trabalhos conjuntos acerca do Lúpus Eritematoso Sistêmico - LES.

Art. 3º A Prefeitura Municipal poderá conceder descontos em impostos como o IPTU - Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana e ISSQN - Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza para portadores do Lúpus Eritematoso Sistêmico - LES.

Art. 4º O Sistema de Saúde Municipal proporcionará ao portador do Lúpus Eritematoso Sistêmico - LES o acesso a todo medicamento necessário ao controle da moléstia. (Veto promulgado)

Parágrafo único. São considerados medicamentos necessários, entre outros, os bloqueadores, filtros e protetores solares, cujo uso é imprescindível ao portador da doença. (Veto promulgado)

Art. 5º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão à conta de dotações orçamentárias próprias.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 27.5.2022

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 29 de junho de 2022.

Vereadora TÂNIA BASTOS
Presidente em exercício

DCM de 30.6.2022

3.97. Lei nº 7.404/2022 (Procedimentos - Humanização do Luto Materno e Parental)

Lei nº 7.404, de 9 de junho de 2022.

Estabelece aos hospitais públicos e privados instituírem procedimentos relacionados à humanização do luto materno e parental.

Autor: Vereador Dr. Gilberto.

Art. 1º Esta Lei estabelece aos hospitais públicos e privados instituírem procedimentos relacionados à humanização do luto materno e parental e protocolos visando à formação, ao autocuidado e à atualização dos profissionais de saúde.

Art. 2º Nos casos de abortamento espontâneo, de parturientes de fetos natimortos/neomortos e de perdas gestacionais e neonatais serão observados os seguintes procedimentos:

I - aplicação dos protocolos específicos, garantindo respostas pragmáticas e humanas, quando da ocorrência de perdas gestacionais e neonatais;

II - oferta de acompanhamento psicológico à gestante e ao pai desde o momento do diagnóstico, constatado em exames médicos

específicos, e durante a internação hospitalar, bem como no período pós-operatório;

III - encaminhamento, após a alta hospitalar, quando solicitado ou constatada a necessidade, para acompanhamento psicológico da mãe ou do pai, que ocorrerá na unidade de saúde da residência do enlutado, ou, em caso de nesta não haver profissional habilitado, na unidade de saúde mais próxima de sua residência;

lV - acomodação para o pré-parto de parturientes cujo feto tenha sido diagnosticado incompatível com a vida extrauterina em ala separada das demais parturientes;

V - oferta de leito hospitalar em ala separada da maternidade para mães de neomorto/natimorto ou óbito fetal, assim evitando maiores constrangimentos e sofrimento psicológico a mães de filhos vivos;

VI - viabilização da participação do pai, ou de outro acompanhante escolhido pela mãe, durante o parto para retirada de natimorto;

VII - comunicação à unidade básica de saúde responsável pelo acompanhamento da gestante a que a mãe pertence sobre a perda gestacional, neomorto/natimorto ou neonatal, evitando constrangimentos quanto à continuidade do pré-natal, confecção do cartão da criança, cobrança do teste do pezinho e vacinas.

Art. 3º Os hospitais públicos e privados ficam obrigados a instituírem protocolos visando à formação, ao autocuidado e à atualização de seus profissionais de saúde.

Art. 4º O Poder Executivo regulamentará esta Lei.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor em cento e oitenta dias após a data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 9 de junho de 2022.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 10.6.2022

3.98. Lei nº 7.406/2022 (Fisioterapeuta nas Maternidades)

Lei nº 7.406, de 9 de junho de 2022.

Dispõe sobre a obrigatoriedade e permanência de fisioterapeuta nas maternidades, nos centros obstétricos e nos programas de assistência obstétrica, e dá outras providências.

Autores: Vereadores Tânia Bastos, Marcelo Arar, Prof. Célio Lupparelli, Cesar Maia e Dr. Carlos Eduardo.

Art. 1º Fica facultada a presença de, no mínimo, um fisioterapeuta nas maternidades, nos centros obstétricos e nos programas de assistência obstétrica, contemplando o período pré-natal, puerperal e pós-parto, envolvendo a atenção primária, existentes no Município, da rede pública ou privada de saúde, durante todos os turnos de funcionamento da rede hospitalar.

Art. 2º Os profissionais fisioterapeutas deverão estar disponíveis nas equipes multiprofissionais, em tempo integral, para assistência às pacientes internadas, objetivando o bem-estar da gestação e da vida da parturiente.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 9 de junho de 2022.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 10.6.2022

3.99. Lei nº 7.416/2022 (Divulgação da Identificação do Mutismo Seletivo)

Lei nº 7.416 de 14 de junho de 2022.

Dispõe sobre a divulgação da identificação do mutismo seletivo por meio de material impresso e digital

Autora: Vereadora Tânia Bastos.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Poder Executivo poderá promover a divulgação da identificação do mutismo seletivo através de material impresso e digital.

§ 1º O material impresso e digital deve considerar que o mutismo seletivo é um transtorno de ansiedade, que se desenvolve antes dos cinco anos de idade.

§ 2º O documento deverá conter basicamente os seguintes fatores: dificuldades de comunicação

em um ou mais ambientes sociais, o excessivo comportamento não verbal e falta de contato visual quando estão próximos a pessoas estranhas, timidez excessiva a ponto de não expressarem necessidades fisiológicas.

Art. 2º O material deve destacar que os comportamentos não verbais se manifestam da seguinte forma: por meio de gestos, acenando com a cabeça, cochichando ou sussurrando no ouvido dos pais, usando palavras curtas de forma inaudível.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor a partir da data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 20.6.2022

3.100. Lei nº 7.485/2022 (Programa Olhares Infantis - Retinoblastoma)

Lei nº 7.485, de 27 de julho de 2022.

Institui o Programa Olhares Infantis contra o Retinoblastoma nas creches do Município do Rio de Janeiro.

Autores: Vereadores Vitor Hugo, Paulo Pinheiro, Dr. Marcos Paulo, Dr. Carlos Eduardo e Thais Ferreira.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído o Programa Olhares Infantis contra o Retinoblastoma a ser implantado nas creches do Município.

Art. 2º O Programa Olhares Infantis contra o Retinoblastoma tem por finalidade o atendimento médico oftalmológico das crianças, a fim de examinar, diagnosticar e tratar precocemente o Retinoblastoma, visando à prevenção da patologia nas crianças das creches da rede municipal.

Art. 3º As crianças diagnosticadas com Retinoblastoma receberão tratamentos oftalmológicos nas unidades de saúde do Município.

Art. 4º O Poder Executivo poderá firmar convênios com entidades públicas e privadas para o cumprimento do disposto nesta Lei.

Art. 5º As despesas com a execução da presente Lei correrão por conta de dotação orçamentária própria a ser estabelecida pelo Poder Executivo.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 28.7.2022

3.101. Lei nº 7.510/2022 (Direito à presença de um Intérprete - LIBRAS)

Lei nº 7.510, de 8 de setembro de 2022.

Estabelece o direito à presença de um intérprete da Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS, para acompanhar as consultas de pré-natal, o trabalho de parto e as consultas no puerpério, das gestantes, parturientes e puérperas com deficiência auditiva.

Autores: Vereadores Monica Benicio, Marcio Ribeiro, Paulo Pinheiro, Tarcísio Motta, Tainá de Paula, Thais Ferreira, Veronica Costa, Dr. Marcos Paulo, Rosa Fernandes e Eliel do Carmo.

Art. 1º É direito da gestante com deficiência auditiva fazer-se acompanhar por intérprete de Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS, durante o parto, nas internações relacionadas à gravidez, nas consultas de pré-natal e de puerpério.

Parágrafo único. O direito a que se refere o *caput* não exclui o direito a acompanhamento familiar e à presença de doula.

Art. 2º O hospital, a maternidade ou a casa de parto poderá disponibilizar intérprete de LIBRAS para o atendimento das gestantes, parturientes e puérperas.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 8 de setembro de 2022.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 9.9.2022

3.102. Lei nº 7.528/2022 (Profissional Capacitado para atender Crianças Vítimas de Abuso Sexual)

Lei nº 7.528, de 12 de setembro de 2022.

Determina a disponibilização de profissional capacitado para atender crianças vítimas de abuso sexual e dá outras providências.

Autores: Vereadores Veronica Costa, Paulo Pinheiro e Dr. Carlos Eduardo.

Art. 1º Fica determinada a disponibilidade de profissional capacitado para atender, acolher e orientar, de forma especializada, crianças vítimas de abuso sexual, nos postos de saúde, clínicas da família e hospitais da Rede Municipal de Saúde.

Art. 2º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 3º O Poder Executivo regulamentará esta Lei.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 12 de setembro de 2022.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 13.9.2022

3.103. Lei nº 7.533/2022 (Centro de Valorização da Vida - CVV)

Lei nº 7.533 de 12 de setembro de 2022.

Dispõe sobre a obrigatoriedade da divulgação dos canais de atendimento do Centro de Valorização da Vida - CVV no âmbito de órgãos e repartições do Município e privadas e dá outras providências.

Autores: Vereadores Dr. Gilberto, Dr. Marcos Paulo e Dr. Carlos Eduardo.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituída a obrigatoriedade da divulgação dos canais de atendimento do Centro de Valorização da Vida - CVV.

§ 1º O Centro de Valorização da Vida realiza apoio emocional e prevenção do suicídio, atendendo voluntária e gratuitamente todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo por telefone, endereço eletrônico (email) e conversa on-line (chat) vinte e quatro horas todos os dias, no âmbito dos órgãos de repartições do Município e privadas, com ênfase para unidades escolares, de saúde e de assistência social.

§ 2º Os canais a que alude o *caput* consistem no serviço telefônico Disque 188, de acesso gratuito, e no sítio eletrônico www.cvv.org.br.

Art. 2º A divulgação prevista no art. 1º será realizada mediante a afixação de cartazes com o seguinte texto: Falar é a melhor solução. Valorize a vida. Ligue 188 ou acesse www.cvv.org.br.

Art. 3º O material de divulgação deverá ser afixado em locais que permitam aos usuários dos estabelecimentos a sua fácil visualização, devendo o texto ser impresso em letras proporcionais às dimensões do cartaz.

Art. 4º O Poder Executivo regulamentará a presente Lei, inclusive no tocante ao formato e às dimensões dos cartazes e demais peças de divulgação dos canais de atendimento do CVV.

Art. 5º As despesas decorrentes da execução da presente Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 13.9.2022

3.104. Lei nº 7.632/2022 (Programa de Capacitação Anual de Profissionais da Saúde para Cuidar da saúde integral de mulheres LGBTQIA+)

Lei nº 7.632, de 3 de novembro de 2022.

Dispõe sobre o Programa de Capacitação Anual de Profissionais da Saúde para Cuidar da saúde integral de mulheres LGBTQIA+.

Autores: Vereadoras Veronica Costa, Tainá de Paula, Monica Benicio e Thais Ferreira.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica criado o Programa de Capacitação Anual de Profissionais da Saúde para cuidar da saúde integral de mulheres LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuais) em toda a rede de saúde municipal.

§ 1º Os profissionais da área de saúde poderão se cadastrar em sistema de apoio criado pelo órgão competente.

§ 2º O programa deve incluir ações que valorizem a saúde e a informação, possibilitando a inclusão destas mulheres na sociedade.

Art. 2º A capacitação anual dos profissionais de saúde consiste na realização do programa que objetiva o cuidado integral da saúde das mulheres LGBTQIA+.

Parágrafo único. O programa consiste na preparação dos profissionais para fornecer informações ao público destinado e seus familiares, atendimento adequado e cuidados necessários para a saúde da mulher.

Art. 3º Para execução do programa, o Poder Executivo poderá firmar convênio ou parceria com instituições de ensino público e privadas.

Art. 4º (Vetado).

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 4.11.2022

3.105. Lei nº 7.655/2022 (Campanha de Conscientização sobre a Depressão Infantil e na Adolescência)

Lei nº 7.655, de 21 de novembro de 2022.

Institui a Campanha de Conscientização sobre a Depressão Infantil e na Adolescência.

Autores: Vereadores Alexandre Isquierdo, Dr. Marcos Paulo, Paulo Pinheiro, Monica Benicio, Celso Costa, Dr. Carlos Eduardo, Luciano Medeiros e Jorge Felippe.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituída a Campanha de Conscientização sobre a Depressão Infantil e na Adolescência, com o objetivo de promover ações educativas para informar a população sobre o transtorno.

Art. 2º São diretrizes da campanha a que se refere o art. 1º:

I - divulgação dos sintomas mais comuns, como sono instável, irritabilidade repentina, alteração nos hábitos alimentares, cansaço constante ou apatia, hipoatividade, hiperatividade, choro excessivo, medo frequente ou pânico, retraimento social, queda no rendimento escolar, entre outros;

II - incentivo à busca por atendimento por profissional especializado para possibilitar o diagnóstico;

III - disponibilização de informações sobre os tratamentos psicológicos e médicos disponíveis; e

IV - estímulo à parceria entre família e escola para oferecer o suporte necessário às crianças e adolescentes acometidos pela depressão.

Art. 3º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias.

Art. 4º Ato do Poder Executivo regulamentará esta Lei.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 22.11.2022

3.106. Lei nº 7.687/2022 (Humanização do Parto e Combate à Violência Obstétrica)

Lei nº 7.687, de 5 de dezembro de 2022.

Dispõe sobre medidas para a humanização do parto e combate à violência obstétrica e dá outras providências.

Autores: Vereadores Chico Alencar, Thais Ferreira, Monica Benicio, Tainá de Paula, Veronica Costa, Rosa Fernandes, Teresa Bergher, Tânia Bastos, Vera Lins, Dr. Marcos Paulo, Marcio Ribeiro, Cesar Maia, Paulo Pinheiro, Felipe Boró, Reimont, Prof. Célio Lupparelli, Marcelo Arar, Luiz Ramos Filho, Luciano Medeiros e Dr. Carlos Eduardo.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Toda pessoa gestante tem direito à assistência humanizada durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério, incluindo-se o abortamento, seja este espontâneo ou provocado, na Rede de Saúde Pública do Município do Rio de Janeiro, integrante do Sistema Único de Saúde – SUS, e em estabelecimento privado de saúde suplementar.

Art. 2º Para os efeitos desta Lei, é considerado parto humanizado, ou assistência humanizada ao parto e nascimento, o atendimento que:

I - assegure a segurança do processo, assim como a saúde e o bem-estar da pessoa parturiente e do recém-nascido;

II - adote rotinas e procedimentos cuja extensão e conteúdo tenham sido objeto de revisão, avaliação científica e recomendação por parte da Organização Mundial da Saúde – OMS, do Ministério da Saúde ou de outras instituições de excelência reconhecidas, em cumprimento ao art. 19-Q § 2º, inciso I da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

III - garanta à pessoa gestante o direito de optar pelos procedimentos que, resguardada a segurança do parto, lhe propiciem maior conforto e bem-estar, incluindo, preferencialmente, procedimentos não farmacológicos e, sendo necessário, farmacológicos para alívio da dor;

IV - garanta à pessoa gestante o direito ao consentimento livre e esclarecido antes da realização de procedimentos invasivos, incluindo a explicação de riscos e benefícios e alternativas disponíveis e a documentação adequada da obtenção do consentimento em prontuário, desde que não seja em procedimento de emergência e ofereça risco de morte à gestante ou ao seu bebê;

V - atenda às recomendações do Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento da Organização Mundial de Saúde - OMS, da Política Nacional de Humanização - PNH, das Portarias nº 569, de 1º de junho de 2000, nº 1.067, de 4 de julho de 2005, e nº 1.459, de 24 de junho de 2011, do Ministério da Saúde, e às orientações da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC nº 36, de 3 de junho de 2008; e

VI - atenda ao direito a acompanhante de livre escolha da pessoa parturiente, em todo o tempo que perdurar o ciclo, conforme previsto na Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005 e o direito de ter doula, conforme Lei Municipal nº 6.305, de 26 de dezembro de 2017.

Art. 3º São princípios da assistência humanizada na gestação, pré-parto, parto e puerpério:

I - harmonização entre segurança e bem-estar da pessoa gestante, parturiente ou puérpera, assim como do nascituro ou recém-nascido;

II - mínima interferência por parte da equipe técnica de assistência, respeitando o processo fisiológico do parto, evitando intervenções, salvo necessidade nitidamente estabelecida e justificada no prontuário da pessoa parturiente;

III - preferência pela utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais;

IV - oportunidade de escolha dos métodos naturais por parte da pessoa parturiente, sempre que não implicar risco para sua segurança ou do nascituro;

V - fornecimento de informação à pessoa gestante ou parturiente, assim como ao acompanhante de escolha, ao longo do acompanhamento, dos métodos e procedimentos propostos pela equipe de saúde;

VI - assistência livre de discriminação de classe, raça, etnia, sexo, ou de qualquer outro tipo; e

VII - cuidado centrado na pessoa gestante, parturiente e puérpera, respeitando sua autonomia, dignidade, necessidades e demandas.

Art. 4º Identificada a gravidez, a pessoa gestante terá direito à elaboração de um Plano Individual de Parto, listando suas diretivas antecipadas de vontade, no qual serão indicados:

I - as equipes e os estabelecimentos ou local onde será prestada a assistência ao pré-natal e ao parto, nos termos da Lei Federal nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007;

II - o estabelecimento de saúde onde o parto será preferencialmente efetuado, condizente com sua referência;

III - a equipe responsável, no plantão, pelo parto;

IV - as rotinas e procedimentos eletivos de assistência ao parto pelos quais a gestante fizer opção;

V - presença de uma doula, caso desejado pela pessoa parturiente, nos termos da Lei;

VI - a presença, durante todo o processo gestacional, de parto e puerperal ou em parte dele, de uma pessoa acompanhante livremente escolhida pela pessoa gestante;

VII - a presença de acompanhante nas duas últimas consultas de pré-natal, nos termos da Lei;

VIII - a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor;

IX - a administração de medicação para alívio da dor, incluindo a administração de anestesia peridural ou raquidiana; e

X - a realização ou recusa, na gestação, de qualquer procedimento invasivo não listado acima.

§ 1º A avaliação do profissional responsável pela assistência à pessoa parturiente no momento do trabalho de parto e parto poderá indicar a necessidade de intervenções que tenham sido inicialmente recusadas pela pessoa gestante em caso de risco à saúde da pessoa gestante ou do nascituro.
§ 2º A não indicação, pela pessoa gestante, de um ou mais itens previstos nos incisos do *caput* não autoriza, em nenhuma hipótese, a utilização de métodos e procedimentos que não sejam respaldados por evidências científicas, na forma do inciso II do art. 2º desta Lei.

Art. 5º A elaboração do Plano Individual de Parto deverá ser precedida de avaliação clínica da pessoa gestante pelo profissional que conduz seu acompanhamento pré-natal, na qual serão identificados os fatores de risco da gravidez, reavaliados a cada contato da gestante com o sistema de saúde durante a assistência pré-natal, inclusive quando do atendimento preliminar ao trabalho de parto e parto.

Art. 6º Durante a elaboração do Plano Individual de Parto, a pessoa gestante poderá, se assim desejar, ser assistida por um profissional técnico responsável por sua assistência pré-natal, que deverá orientá-la de forma nítida, precisa e objetiva sobre as implicações de cada uma das suas diretivas antecipadas de vontade.

Art. 7º As diretivas antecipadas de vontade constantes do Plano Individual de Parto só poderão ser contrariadas quando assim o exigir a segurança do parto ou a saúde da pessoa gestante ou parturiente ou do recém-nascido, mediante a obtenção de consentimento livre e esclarecido, nos termos das regulamentações acerca do tema.

Art. 8º O Poder Público Municipal publicará, periodicamente, protocolos descrevendo as rotinas e procedimentos de assistência humanizada ao parto, expostos de modo conciso, nítido e objetivo.

Art. 9º O Poder Executivo disponibilizará, por meio de boletins periódicos atualizados, os dados sobre os tipos de parto e dos procedimentos adotados como rotina por opção da pessoa gestante.

Art. 10. Será objeto de justificação por escrito, firmada pelo chefe da equipe responsável pelo parto, a adoção de qualquer procedimento que contrarie o Plano Individual para o Parto, assim como os que sejam:

I - desnecessários ou prejudiciais à saúde da pessoa gestante ou parturiente ou ao nascituro ou recém-nascido;

II - de eficácia carente de evidência científica; ou

III - suscetíveis de causar dano quando aplicados de forma generalizada ou rotineira.

§ 1º A justificação de que trata este artigo será averbada no prontuário após a entrega de cópia à pessoa gestante ou ao seu(sua) acompanhante, cônjuge, companheiro(a) ou parente.

§ 2º Ressalvada disposição legal expressa em contrário, ficam sujeitas à justificação de que trata este artigo:

I - a administração de enemas;

II - a realização de tricotomia;

III - a administração de ocitocina, a fim de acelerar o trabalho de parto;

IV - os esforços de puxo prolongados e dirigidos durante processo expulsivo;

V - a amniotomia;

VI - a episiotomia;

VII - jejum;

VIII - impedimento de movimentação ou deambulação da pessoa parturiente durante o trabalho de parto;

IX - não realização do contato pele a pele imediato entre pessoa parturiente e recém-nascido;

X - corte imediato do cordão umbilical, ou antes que pare de pulsar;

XI - não permissão do direito à amamentação na primeira hora, ou hora dourada;

XII - impedimento de entrada da pessoa acompanhante; e

XIII - impedimento de acompanhamento da doula de escolha da pessoa gestante.

Art. 11. A equipe responsável pelo parto deverá:

I - utilizar materiais descartáveis ou realizar desinfecção apropriada de materiais reutilizáveis;

II - utilizar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta;

III - esterilizar adequadamente o material para o corte do cordão umbilical;

IV - examinar rotineiramente a placenta e as membranas;

V - monitorar cuidadosamente o progresso do trabalho de parto, fazendo uso do partograma recomendado pela OMS; e

VI - cuidar para que o recém-nascido não seja vítima de hipotermia.

§ 1º Ressalvada a prescrição médica em contrário, justificada em prontuário, durante o trabalho de parto será permitido à pessoa parturiente:

I - manter liberdade de movimento;

II - escolher a posição que lhe pareça mais confortável, incluindo o momento do parto propriamente dito; e

III - ingerir líquidos e alimentos leves.

§ 2º Ressalvada prescrição médica em contrário, justificada em prontuário, será favorecido o contato físico pele a pele precoce entre a pessoa parturiente e o recém-nascido, após o nascimento, especialmente para fins de amamentação e disseminação da microbiota.

Art. 12. Para efeitos desta Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo (a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as pessoas gestantes, em trabalho de parto, e no pós-parto/puerpério.

Art. 13. Consideram-se ofensas verbais ou físicas, dentre outras, as seguintes condutas:

I - tratar a pessoa de forma agressiva, não empática, com a utilização de termos que ironizem os processos naturais do ciclo gravídico-puerperal e/ou que desvalorizem sua subjetividade, dando-lhe nomes infantilizados ou diminutivos, tratando-a como incapaz;

II - fazer comentários constrangedores à pessoa referentes a preconceitos socialmente disseminados, especialmente a questões de cor, etnia, idade, sexo, escolaridade, religião, cultura, crenças, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal;

III - ironizar ou censurar a pessoa por comportamentos que externem sua dor física ou psicológica e suas necessidades humanas básicas, tais como gritar, chorar, amedrontar-se, sentir vergonha ou dúvidas; ou ainda por qualquer característica ou ato físico tais como: obesidade, pelos, estrias, evacuação, dentre outros;

IV - preterir ou ignorar queixas e solicitações feitas pela pessoa atendida durante o ciclo gravídico-puerperal, referentes ao cuidado e à manutenção de suas necessidades humanas básicas;

V - induzir a pessoa a aceitar uma cirurgia cesariana sem que seja necessária, mentindo sobre riscos imaginários, hipotéticos e não

comprovados, e ocultando as devidas exposições quanto aos riscos à vida e à saúde da pessoa e do concepto, inerentes ao procedimento cirúrgico;

VI - realizar cirurgia cesariana sem recomendação real e clínica, sem estar baseada em evidências científicas, a fim de atender aos interesses e conveniência da equipe médica;

VII - agendar cirurgia cesariana sem indicação real e clínica de cirurgia eletiva, mesmo nos casos em que tal procedimento cirúrgico se mostre necessário para o desfecho positivo do nascimento, porém impedindo o início fisiológico do trabalho de parto, a fim de atender aos interesses e conveniência da equipe médica;

VIII - recusar ou retardar o atendimento oportuno e eficaz à pessoa em qualquer fase do ciclo gravídico-puerperal, desconsiderando a necessidade de urgência da assistência à pessoa nesses casos;

IX - promover a transferência da internação da pessoa sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;

X - impedir que a pessoa seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o pré-parto, parto e puerpério;

XI - impedir o acompanhamento por doula, se assim for a escolha da pessoa parturiente; trabalho de um(a) profissional contratado(a) pela pessoa para auxiliar a equipe de assistência à saúde;

XII - proibir ou dificultar a mobilidade e a comunicação com pessoas externas ao serviço de saúde, privando-lhe da liberdade de, por exemplo, telefonar ou receber telefonemas, caminhar, conversar com familiares, amigos e acompanhante;

XIII - submeter a pessoa a procedimentos predominantemente invasivos, dolorosos, desnecessários ou humilhantes, tais como:

a) induzi-la a calar-se diante do desejo de externar suas emoções e reações;

b) manter a pessoa em posição ginecológica ou litotômica, supina ou horizontal, quando houver meios para realização do parto verticalizado;

c) atender a pessoa com a porta aberta, interferindo em sua privacidade;

d) realizar exames de toque cervical repetidos, ou agressivos e dolorosos, ou realizados por diversos profissionais, sem a prévia explanação de sua necessidade e a prévia autorização da pessoa;

e) proceder à lavagem intestinal (enema ou clister), sem justificativa clínica;

f) proceder à raspagem de pelos pubianos (tricotomia);

g) romper, de forma precoce e/ou artificial as membranas ou a bolsa das águas (amniotomia) para acelerar o tempo do parto, sem indicação e devida justificação;

h) utilizar ocitocina sintética para acelerar o tempo do parto, sem indicação e devida justificação;

i) proceder à dilatação manual do colo uterino para acelerar o tempo do parto, sem indicação e devida justificação;

j) manter a pessoa em esforços físicos e cardiorrespiratórios com puxos prolongados e dirigidos durante o período expulsivo;

k) incentivar ou conduzir a pessoa a realizar Manobra de Valsalva;

l) praticar Manobra de Kristeller;

m) acelerar os mecanismos de parto, mediante rotação e tração da cabeça ou da coluna cervical do concepto após a saída da cabeça fetal; e

n) acelerar o terceiro período do parto mediante tração ou remoção manual da placenta, impedindo o tempo fisiológico da dequitação/delivramento.

XIV - realizar a episiotomia quando esta não for considerada clinicamente necessária, enfatizando-se, para efeitos desta Lei, que tal procedimento é vedado se realizado para aceleração do período expulsivo por conveniência do profissional que presta assistência ao parto, ou de proteção prévia do períneo para evitar lacerações, não sendo tais justificativas clínico-obstétricas aceitas, devendo o procedimento ser minuciosamente justificado em prontuário;

XV - realizar episiotomia, quando considerada clinicamente necessária, sem esclarecer a pessoa sobre a necessidade do procedimento e receber seu consentimento verbal;

XVI - realizar episiotomia sem analgesia e episiorrafia sem adequada ou suficiente analgesia;

XVII - amarrar as pernas da pessoa durante o período expulsivo, mantendo-a em confinamento simbólico na posição horizontal, ginecológica ou litotômica, sem que ela assim queira se posicionar para parir e sem que tenha sido devidamente orientada sobre os benefícios da posição vertical;

XVIII - manter algemadas, durante o trabalho de parto, parto e puerpério, as pessoas que cumprem pena privativa de liberdade;

XIX - realizar quaisquer outros procedimentos sem prévia orientação dada à pessoa e sem a obtenção de sua permissão, sendo exigido que o profissional utilize comunicação simples e eficiente para elucidá-la;

XX - submeter a criança saudável à aspiração de rotina, higienização, injeções e outros procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocada em contato pele a pele com a pessoa parturiente e recebido estímulo para mamar, inclusive em parto cirúrgico; ou

XXI - impedir ou retardar o contato da criança com a pessoa parturiente logo após o parto, ou impedir o alojamento conjunto, separando a criança da pessoa parturiente e impossibilitando a amamentação em livre demanda na primeira meia hora de vida, salvo se um deles necessitar de cuidados especiais.

Art. 14. O Poder Executivo elaborará a Cartilha dos Direitos da Pessoa Gestante, Parturiente, Puérpera e do recém-nascido, propiciando a todas as pessoas gestantes e parturientes as informações e elucidações necessárias para um atendimento obstétrico e neonatal digno e respeitoso, visando à erradicação da violência obstétrica.

Parágrafo único. A Cartilha será elaborada com uma linguagem simples e acessível a todos os níveis de escolaridade.

Art. 15. Os estabelecimentos que oferecem atendimento pré-natal ou ao parto deverão expor cartazes informativos sobre o direito à elaboração do Plano Individual de Parto e demais disposições da presente Lei, bem como disponibilizar às pessoas gestantes um exemplar da cartilha referida no art. 14. desta Lei.

Parágrafo único. Os cartazes devem informar, ainda, os órgãos e trâmites para a denúncia nos casos de não observância à presente Lei, quais sejam:

I - exigir o prontuário da gestante ou da parturiente no hospital, que deve ser entregue sem questionamentos e custos;

II - que a pessoa gestante ou parturiente escreva uma carta, e-mail ou equivalente, contando em detalhes que tipo de desrespeito à Lei ocorreu durante sua assistência e como se sentiu;

III - se o seu atendimento foi em serviço vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, que envie a carta, e-mail ou equivalente para a ouvidoria do serviço de saúde com cópia para a diretoria clínica, para a Secretaria Municipal de Saúde e para a Secretaria Estadual de Saúde;

IV - se o seu atendimento foi em serviço da rede privada, envie a carta, e-mail ou equivalente para a diretoria clínica do hospital, com cópia para a diretoria do seu plano de saúde, para a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar e para as secretarias municipal e estadual de saúde;

V - consultar um advogado ou a Defensoria Pública para as outras instâncias de denúncia, se aplicável;

VI - ligar para a Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180, central que acolhe denúncias de Violência Obstétrica no âmbito da Prefeitura do Rio de Janeiro.

Art. 16. As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 17. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 7.12.2022

3.107. Lei nº 7.688/2022 (Notificação Compulsória - Violência contra a Pessoa Idosa)

Lei nº 7.688, de 5 de dezembro de 2022.

Dispõe sobre a notificação compulsória de casos de violência contra a pessoa idosa e dá outras providências.

Autores: Vereadores Marcio Santos, João Mendes de Jesus, Paulo Pinheiro, Cesar Maia, Marcio Ribeiro, Rosa Fernandes, Jorge Felippe, Dr. Marcos Paulo, Teresa Bergher, Eliel do Carmo, Vera Lins, Felipe Michel, Vitor Hugo, Marcos Braz, Prof. Célio Lupparelli, Marcelo Arar, Dr. Carlos Eduardo, Luciano Medeiros e Rocal.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica criado o procedimento de notificação compulsória da violência contra a pessoa idosa atendida em todos os serviços da rede municipal de saúde, educação e assistência social, pública e conveniada.

Parágrafo único. Deverá ser elaborado por órgão específico da Prefeitura um formulário próprio para preenchimento desta notificação.

Art. 2º Os serviços de saúde, educação e assistência social das redes públicas e conveniadas, que prestam atendimento no âmbito municipal, são obrigados a notificar todos os casos atendidos e diagnosticados de violência contra a pessoa idosa, tipificados como violência física, moral, psicológica, sexual e patrimonial, considerando para efeito desta Lei:

I - violência física, ação ou omissão que coloca em perigo ou causa dano à integridade física do idoso;

II - violência psicológica, submissão do idoso a agressões verbais, indiferença ou rejeição, podendo levar a danos irreversíveis no aspecto psicossocial;

III - violência moral, atos de humilhação, desqualificação ou ridicularização, que ocorrem de maneira repetitiva com o idoso;

IV - violência sexual, o estupro ou abuso sexual, sofrido pelo idoso, no espaço doméstico ou fora dele; e

V - abuso financeiro e econômico, exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais.

Parágrafo único. Estas notificações deverão ser encaminhadas ao Ministério Público Estadual.

Art. 3º O descumprimento da presente Lei acarretará crime de prevaricação por parte dos responsáveis que tomaram conhecimento da violência praticada contra a pessoa idosa e se eximiram de adotar as providências cabíveis ao caso.

Art. 4º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 5º O Poder Executivo regulamentará a presente Lei.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 7.12.2022

3.108. Lei nº 7.697/2022 (Programa Municipal de Prevenção ao Acidente Vascular Encefálico)

Lei nº 7.697 de 8 de dezembro de 2022.

Institui o Programa Municipal de Prevenção ao Acidente Vascular Encefálico – AVE e dá outras providências.

Autores: Vereadores Dr. Marcos Paulo, Dr. Carlos Eduardo e Paulo Pinheiro.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído no âmbito do Município o Programa Municipal de Prevenção ao Acidente Vascular Encefálico - AVE.

Art. 2º O programa terá por objetivo e finalidade ampliar a conscientização sobre o tema, capacitar cidadãos a identificar fatores de risco e desenvolver ações de prevenção à doença.

Art. 3º O programa contará com as seguintes iniciativas: (Veto promulgado)

I - realização de palestras, discussões, rodas e eventos com especialistas a respeito do estilo de vida, dificuldades, pressões e demais agravantes para a ocorrência do AVE; (Veto promulgado)

II - exposição informativa sobre os serviços de saúde e a importância de acompanhamento de rotina; e (Veto promulgado)

III - promoção de orientação técnica para pessoas de grupos considerados de risco. (Veto promulgado)

Art. 4º As despesas decorrentes da implantação do programa descrito no art. 1º desta Lei correrão por dotação orçamentária própria, suplementada por créditos adicionais suplementares. (Veto promulgado)

Art. 5º O Poder Executivo poderá celebrar convênios, parcerias e contar com a integração de pessoas jurídicas de direito público e privado para executar os objetivos deste Programa.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 9.12.2022

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 16 de março de 2023.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 17.3.2023

3.109. Lei nº 7.711/2022 (Programa de Saúde do Homem)

Lei nº 7.711, de 15 de dezembro de 2022.

Institui o Programa de Saúde do Homem.

Autores: Vereadores Marcelo Arar e Dr. Gilberto.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei institui o Programa de Saúde do Homem - PSH, nas unidades da rede básica de saúde.

Art. 2º São objetivos do PSH:

I - sensibilizar a população masculina sobre a necessidade do autocuidado em saúde;

II - divulgar os dados relativos à morbidade e à comorbidade da população masculina de acordo com as faixas etárias;

III - esclarecer sobre os fatores de risco e as medidas de prevenção, proteção e atenção à saúde do homem;

IV - incentivar a população masculina à realização de exames preventivos, definindo-os e disponibilizando-os na rede municipal de saúde;

V - orientar a população jovem masculina para uma vida sexual saudável e responsável;

VI - desenvolver campanhas para a prevenção de acidentes de trânsito;

VII - promover debates, palestras e ações voltadas para o tratamento de usuários de drogas;

VIII - divulgar as atividades e os programas acessíveis à população masculina; e

IX - ampliar a participação dos homens em grupos de apoio e programas da rede de saúde.

Art. 3º O Poder Executivo envidará esforços para firmar parcerias com entidades públicas e privadas, com vista à implantação e ao desenvolvimento do PSH. (Veto promulgado)

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 16.12.2022

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 21 de março de 2023.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 22.3.2023

3.110. Lei nº 7.726/2022 (Comunicação ao MP de casos de vestígios de Maus-tratos contra a Pessoa com Deficiência)

Lei nº 7.726, de 20 de dezembro de 2022.

Determina que os hospitais, clínicas e postos de saúde que compõem a rede pública municipal de saúde comuniquem formalmente ao Ministério Público casos de vestígios de maus-tratos contra a pessoa com deficiência.

Autores: Vereadores Alexandre Isquierdo, Dr. Gilberto, Marcos Braz, Marcelo Diniz, Ulisses Marins, Celso Costa, Vera Lins, Veronica Costa, Dr. Carlos Eduardo e João Mendes de Jesus.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os hospitais, clínicas e postos de saúde que compõem a rede pública municipal de saúde deverão realizar a imediata comunicação formal, via ofício, ao Ministério Público de casos atendidos, quando identificarem qualquer vestígio de maus-tratos contra a pessoa com deficiência.

Parágrafo único. Na comunicação ao Ministério Público deverão conter os seguintes dados:

I - nome completo da vítima atendida;

II - identificação do acompanhante da vítima; e

III - cópia detalhada do boletim médico.

Art. 2º Para efeitos desta Lei, considera-se pessoa com deficiência a que se enquadra no art. 2º do Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.

Art. 3º Em caso de injustificado descumprimento da presente Lei, o estabelecimento e o profissional que fez o atendimento estarão sujeitos a advertência e a outras medidas cabíveis previstas no Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.

Art. 4º O Poder Executivo regulamentará esta Lei, no que couber.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 21.12.2022

3.111. Lei nº 7.731/2022 (Programa de Enfrentamento do Parto Prematuro)

Lei nº 7.731, de 22 de dezembro de 2022.

Dispõe sobre o Programa de Enfrentamento do Parto Prematuro na rede municipal de saúde e dá outras providências.

Autora: Vereadora Veronica Costa.

Art. 1º Fica criado o Programa de Enfrentamento do Parto Prematuro na rede municipal de saúde.

Parágrafo único. A prematuridade será classificada conforme as diretrizes nacionais.

Art. 2º O programa deve promover ações com objetivo de:

I - diagnosticar e prevenir situações de risco para partos prematuros;

II - conscientizar gestantes sobre cuidados que devem ser tomados para evitar a prematuridade;

III - dar assistência ao prematuro e seus familiares; e

IV - reduzir índices de mortalidade em partos prematuros e mortes decorrentes da complicação do trabalho de parto precoce.

Art. 3º A equipe hospitalar deve orientar os pais quando o recém-nascido tiver alta sobre os cuidados e necessidades específicas dele.

Parágrafo único. Durante o pré-natal, a gestante deverá ser orientada sobre os fatores de risco do parto prematuro, os cuidados para prevenção e os sinais e sintomas de trabalho de parto precoce.

Art. 4º Após a alta hospitalar, o recém-nascido deverá ser encaminhado para ambulatório especializado para crianças prematuras.

Art. 5º As despesas decorrentes da execução da presente Lei correrão por conta das verbas próprias do orçamento.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 22 de dezembro de 2022.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 23.12.2022

3.112. Lei nº 7.732/2022 (Receita de Medicamentos a serem ministrados no Horário Letivo)

Lei nº 7.732 de 26 de dezembro de 2022.

Dispõe sobre a obrigatoriedade dos pais ou responsáveis por crianças ou adolescentes regularmente matriculados nas instituições de ensino público e particular do Município do Rio de Janeiro apresentar cópia de receita de medicamentos a serem ministrados no horário letivo e dá outras providências.

Autor: Vereador Dr. Gilberto.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Torna-se obrigatório aos pais ou aos responsáveis por crianças ou adolescentes regularmente matriculados nas instituições de ensino público e particular do Município do Rio de Janeiro, apresentarem cópia, juntamente com o original, de receitas expedidas pelos médicos para medicamentos a serem ministrados no horário letivo pelos professores de apoio pedagógico ou profissional da área, se na instituição houver.

Parágrafo único. A cópia deverá ser anexada ao prontuário da criança ou adolescente e o original devolvido ao responsável.

Art. 2º O Poder Executivo regulamentará a presente Lei.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 27.12.2022

3.113. Lei nº 7.749/2022 (Saúde Integral para a População Negra)

Lei nº 7.749, de 26 de dezembro de 2022.

Institui o Programa Municipal de Saúde Integral para a População Negra e dá outras providências.

Autores: Vereadores Tainá de Paula, Thais Ferreira, Monica Benicio, Lindbergh Farias, Reimont, Paulo Pinheiro, Rocal, Inaldo Silva, João Mendes de Jesus, Tarcísio Motta e Chico Alencar.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído o Programa Municipal de Saúde Integral para a População Negra, com o objetivo de desenvolver, de forma integral, ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde da população negra e dos afrodescendentes, em conformidade com a Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN.

Art. 2º O Programa Municipal de Saúde Integral para a População Negra será regido pelas seguintes diretrizes:

I - garantia da inclusão deste programa no Plano Municipal de Saúde e no Plano Plurianual setorial, em consonância com as realidades e necessidades locais, do monitoramento, fiscalização e avaliação pelos conselheiros de saúde de distritais, conforme a Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, itens IV, V, VI, VII, VIII, IX e X;

II - identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito municipal, considerando as oportunidades e recursos;

III - promoção de ações que garantam a equidade em saúde da população negra;

IV - criação de instrumentos de gestão e indicadores para monitorar e avaliar o impacto da execução deste programa;

V - garantia de ações voltadas para a formação profissional e educação permanente dos trabalhadores da saúde e dos conselheiros municipais e distritais de saúde, em articulação

com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007;

VI - articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir para a promoção da saúde integral da população negra;

VII - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

VIII - desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação para a elaboração de conteúdos, visando a socialização das informações e das ações de promoção de saúde integral da população negra;

IX - apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra; e

X - instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre a saúde integral para a população negra.

Art. 3º O Poder Executivo, em articulação com o Comitê Técnico de Saúde da População Negra - CTSPN, desenvolverá ações sistematizadas de qualificação profissional dos trabalhadores da atenção primária, hospitalar, gestão e funcionários de programas de saúde, considerando a vulnerabilidade dos agravos à saúde à população negra.

Art. 4º As questões de ordem étnico-raciais deverão percorrer transversalmente todos os projetos e ações desenvolvidos pelo programa.

Parágrafo único. A coleta do quesito cor em todos os formulários obedecerá a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE que define as categorias branco, preto, pardo, amarelo e indígena, sendo respeitada a autoclassificação, nos sistemas de informação do Município.

Art. 5º O Poder Executivo disporá de órgão técnico competente que implante, monitore e avalie a execução do Programa Municipal de Saúde Integral da População Negra, com vistas à superação de barreiras estruturais e cotidianas que incidem na saúde dessa população.

Parágrafo único. O Comitê Técnico de Saúde da População Negra - CTSPN atuará em conjunto com o órgão técnico a que se refere o caput a partir das atribuições elencadas na Resolução SMS nº 1.298, de 10 de setembro de 2007.

Art. 6º As despesas decorrentes desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Parágrafo único. O Poder Executivo poderá celebrar convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres com órgãos e entidades públicas ou privadas, objetivando a operacionalização das ações previstas nesta Lei.

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

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 27.12.2022

3.114. Lei nº 7.839/2023 (Unidades Públicas Municipais de Saúde - Soro Antiofídico)

Lei nº 7.839, de 30 de março de 2023.

Dispõe sobre a disponibilização de soro antiofídico e demais imunobiológicos em todas as unidades públicas municipais de saúde e dá outras providências.

Autores: Vereadores Dr. Gilberto, Paulo Pinheiro, Dr. Carlos Eduardo, Rosa Fernandes e Dr. Marcos Paulo.

Art. 1º Fica obrigatória a disponibilização de soro antiofídico e demais imunobiológicos necessários ao socorro das vítimas de mordeduras de animais peçonhentos em todas as unidades públicas municipais de saúde.

Art. 2º Compreende-se por demais imunobiológicos os soros antibotrópico, antielapídico, antiaracnídeo e antiescorpiônico utilizados no tratamento decorrente de envenenamento por picada de cobra jararaca, cobra coral, aranhas e escorpiões, respectivamente.

Art. 3º Fica obrigatória a veiculação de informação, pela rede hospitalar, de que ela disponibiliza os soros antiofídicos e demais imunobiológicos, por meio de cartazes

impressos e demais formas de difusão de informação virtual e física.

Art. 4º O Poder Executivo regulamentará a aplicação desta Lei.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 30 de março de 2023.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 31.3.2023

3.115. Lei nº 7.850/2023 (Diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista)

Lei nº 7.850, de 26 de abril de 2023.

Dispõe sobre a criação de atendimento multidisciplinar para diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) no âmbito da saúde do Município do Rio de Janeiro.

Autores: Vereadores Veronica Costa, Marcio Ribeiro, Luciano Medeiros, Dr. Marcos Paulo, Paulo Pinheiro, Marcelo Arar e William Siri.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica criada no Município a Equipe Multidisciplinar de Prognóstico, Diagnóstico e Tratamento do Transtorno do Espectro Autista na rede municipal de Saúde, através dos profissionais já existentes na Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 2º A equipe multidisciplinar será composta, minimamente, por neurologista, psicólogo, psiquiatra, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social, preferencialmente especialistas também na área infantil.

Art. 3º A equipe multidisciplinar, prognosticando e diagnosticando o Transtorno do Espectro Autista da criança ou do adolescente, emitirá laudo e reunir-se-á com os pais do paciente para dar orientação de como deverá prosseguir com o tratamento e acompanhamento.

Art. 4º O Poder Executivo Municipal regulamentará a presente Lei em consonância com a Lei Federal nº 8.069 de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente.

Art. 5º As despesas decorrentes da aplicação desta Lei, correrão a expensas de dotações próprias destinadas à Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor depois de decorridos sessenta dias de sua publicação oficial.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 27.4.2023

3.116. Lei nº 7.859/2023 (Direito da Mulher - Acompanhamento nas Consultas e Exames)

Lei nº 7.859, de 3 de maio de 2023.

Dispõe sobre o direito da mulher de ter acompanhamento nas consultas e exames, inclusive ginecológicos, nos estabelecimentos públicos e privados de saúde, no âmbito do Município e dá outras providências.

Autores: Vereadores Vitor Hugo, Marcelo Arar, Matheus Gabriel, Thais Ferreira, Dr. Carlos Eduardo, Luciano Medeiros, Dr. Marcos Paulo, Cesar Maia, Monica Benicio, Tânia Bastos, Veronica Costa, Rocal e Marcio Ribeiro.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica assegurado à mulher o direito à presença de acompanhante, de sua livre escolha, durante as consultas e exames, inclusive ginecológicos, nos estabelecimentos públicos e privados de saúde do Município.

Parágrafo único. O direito disposto no *caput* poderá ser exercido pela mulher, se assim desejar, mediante solicitação junto ao estabelecimento, no ato do atendimento.

Art. 2º Os estabelecimentos de saúde devem informar o direito a que se refere o art. 1º desta Lei, em local visível e de fácil acesso às pacientes.

Art. 3º Fica obrigatória a divulgação da Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005 – Lei do Acompanhante - que garante à parturiente o direito à presença de um acompanhante, durante o trabalho de parto, na rede de serviços de saúde.

Art. 4º O descumprimento da obrigação prevista nesta Lei sujeitará o estabelecimento de saúde às seguintes sanções:

I - advertência;

II - multa de R$ 1.000, 00 (mil reais), em caso de descumprimento;

III - multa de R$ 2.000,00 (dois mil reais), em cada reincidência.

Art. 5º Os valores arrecadados em decorrência do descumprimento ao disposto nesta Lei poderão, a critério do órgão competente, ser destinados para programas de combate à violência contra a mulher.

Art. 6º Ficará a cargo do órgão competente no âmbito do Poder Executivo a implantação dos objetivos desta Lei.

Art. 7º O Poder Executivo regulamentará, no que couber, a presente Lei.

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 4.5.2023

3.117. Lei nº 7.883/2023 (Diagnóstico de Mioma Uterino)

Lei nº 7.883, de 22 de maio de 2023.

Dispõe sobre a criação de atendimento multidisciplinar para diagnóstico de mioma uterino no âmbito da saúde do Município do Rio de Janeiro.

Autores: Vereadores Veronica Costa, Eliseu Kessler, Monica Benicio, Paulo Pinheiro, Dr. Marcos Paulo e Dr. Carlos Eduardo.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica criada no Município do Rio de Janeiro a Equipe Multidisciplinar de Prognóstico, Diagnóstico e Tratamento de Mioma Uterino na rede municipal de saúde, através dos profissionais já existentes na Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 2º As despesas decorrentes da aplicação desta Lei correrão as expensas de dotações próprias destinadas à Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito
DCM de 23.5.2023

3.118. Lei nº 7.908/2023 (Semana Municipal da Maternidade Atípica)

Lei nº 7.908, de 15 de junho de 2023.

Dispõe sobre ações que serão realizadas na Semana Municipal da Maternidade Atípica, no Município do Rio de Janeiro.

Autoras: Vereadoras Tânia Bastos e Thais Ferreira.

Art. 1º Esta Lei institui, no Município do Rio de Janeiro, ações que promovam a conscientização, incentivo, cuidado e promoção da saúde mental, para atender a Semana Municipal da Maternidade Atípica.

Art. 2º Os objetivos da Semana Municipal da Maternidade Atípica são:

I - incentivar a realização de debates, encontros e rodas de conversa sobre a maternidade atípica;

II - estimular a criação de políticas públicas e a promoção do acolhimento para as mães atípicas, a chamada Rede de Apoio;

III - propiciar espaços para informar e sensibilizar a sociedade sobre as dificuldades enfrentadas na maternidade atípica;

IV - incentivar a realização de concursos, oficinas temáticas, cursos e afins sobre o tema; e

V - desenvolver políticas públicas adequadas na rede primária de saúde, com vistas a manter um atendimento eficaz e de qualidade, para preservar a integridade da saúde mental materna atípica.

Art. 3º O Poder Público, junto aos órgãos responsáveis, poderá promover materiais impressos, que serão distribuídos na rede pública de saúde, nas escolas e em outros locais, bem como divulgação nas plataformas digitais, com o objetivo de promover conhecimento do tema pela sociedade.

Art. 4º As ações criadas deverão ser acompanhadas pelos órgãos competentes, com dados estatísticos, que permitam a análise do acompanhamento e avaliação.

Art. 5º O Poder Executivo poderá estabelecer contratos de direito público ou convênios e outros meios necessários, com pessoas jurídicas de direito público ou privado, com a finalidade de atender de forma progressiva o cumprimento desta Lei.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 15 de junho de 2023.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 16.6.2023

3.119. Lei nº 7.913/2023 (Assistência Integral à Mulher em estado de Climatério ou Menopausa)

Lei nº 7.913, de 15 de junho de 2023.

Dispõe sobre a assistência integral à mulher em estado de climatério ou menopausa e dá outras providências.

Autores: Vereadores Tânia Bastos, Monica Benicio, Vera Lins, Luciano Medeiros, Veronica Costa, Paulo Pinheiro, Dr. Marcos Paulo, Celso Costa e Dr. Carlos Eduardo.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Poder Executivo poderá prestar assistência integral às mulheres assegurado o atendimento especializado em estado de climatério ou pós-climatério na rede municipal de saúde.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, configura-se:

I - climatério: período de transição em que a mulher passa da fase reprodutiva para a fase de pós-menopausa, que gera uma diminuição das funções ovarianas, fazendo com que os ciclos menstruais se tornem irregulares, até cessarem por completo, iniciando por volta dos quarenta anos e se estende até os sessenta e cinco anos; e

II - menopausa: última menstruação, fato que ocorre durante o climatério, iniciando em média aos quarenta e cinco anos.

Art. 2º O Poder Executivo poderá implementar ações afirmativas e políticas públicas que visem contribuir para a garantia da qualidade de vida das mulheres.

Parágrafo único. Poderão ser firmadas parcerias, convênios ou acordos, com a iniciativa privada, em todas as esferas de Poder, com o objetivo de mobilizar e potencializar os recursos humanos e financeiros necessários para assegurar assistência integral aos direitos e deveres amparados nesta Lei.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 16.6.2023

3.120. Lei nº 7.917/2023 (Programa de Atenção Integral aos Portadores da Doença de Parkinson)

Lei nº 7.917, de 15 de junho de 2023.

Dispõe sobre o Programa de Atenção Integral aos Portadores da Doença de Parkinson, na forma que menciona.

Autores: Vereadores Dr. Marcos Paulo, João Mendes de Jesus, Vera Lins, Luciano Medeiros, Veronica Costa, Dr. Carlos Eduardo, Eliseu Kessler, Cesar Maia, Felipe Boró e Paulo Pinheiro.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído o Programa de Atenção Integral aos Portadores da Doença de Parkinson, no Município.

Art. 2º A finalidade do programa é garantir à pessoa com doença de Parkinson o atendimento em todas as suas manifestações clínicas, melhorando a qualidade de vida dos portadores da doença.

Art. 3º São objetivos do Programa de Atenção Integral aos portadores da doença de Parkinson:

I - aperfeiçoar o atendimento aos portadores da doença de Parkinson, mediante a articulação e a humanização dos serviços, no âmbito da saúde e da assistência social;

II - assegurar o atendimento integral e multiprofissional, observados os princípios da dignidade da pessoa humana, da não discriminação e do acesso à saúde;

III - capacitação continuada de profissionais e gestores de saúde e demais agentes para o atendimento aos portadores da doença de Parkinson;

IV - facilitar a obtenção de medicamentos, aos portadores e aos familiares e cuidadores, através da rede municipal de saúde; e

V - apoiar o desenvolvimento científico e tecnológico voltado ao enfrentamento da doença de Parkinson.

Art. 4º O Programa de Atenção Integral deverá estabelecer articulação com o Sistema Único de Saúde - SUS, visando à adequada orientação, tratamento, acompanhamento e monitoramento de pacientes diagnosticados com a doença de Parkinson.

Art. 5º Para o fiel cumprimento desta Lei, o Poder Executivo adotará as medidas administrativas necessárias, observados os ditames da legislação pertinente em vigor.

Art. 6º As despesas decorrentes da implantação do Programa descrito no art. 1º desta Lei correrão por dotação orçamentária própria.

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

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 15 de agosto de 2023.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 16.6.2023

3.121. Lei nº 7.927/2023 (Semana do Doador de Medula Óssea)

Lei nº 7.927, de 19 de junho de 2023.

Cria a Campanha Semana do Doador de Medula Óssea.

Autores: Vereadores Eliseu Kessler, Paulo Pinheiro, Dr. Marcos Paulo, Dr. Gilberto e Vera Lins.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica criada a Campanha Semana do Doador de Medula Óssea.

Parágrafo único. A campanha será realizada anualmente no mês de setembro.

Art. 2º O Poder Executivo editará os atos necessários à regulamentação do disposto nesta Lei.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 20.6.2023

3.122. Lei nº 7.947/2023 (Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Autoimunes Dermatológicas)

Lei nº 7.947, de 21 de junho de 2023.

Institui, no âmbito do Município, a rede de atenção às pessoas com doenças autoimunes dermatológicas.

Autores: Vereadores Eliseu Kessler e Dr. Marcos Paulo.

Art. 1º Fica instituída no Município, a Política de Diretrizes e Campanha de Conscientização às Pessoas com Doenças Autoimunes Dermatológicas.

Parágrafo único. As doenças autoimunes dermatológicas correspondem a um grupo de desordens que, em comum, apresentam como fator desencadeante o ataque ao sistema imunológico, a partir da produção de anticorpos que agridem o próprio organismo e cujo órgão afetado pela desordem autoimune é a pele.

Art. 2º A política consiste em adoção de política pública com uma série de diretrizes a serem adotadas pelo Poder Público com os seguintes objetivos:

I - fomentar a difusão de informações sobre as doenças autoimunes dermatológicas, especialmente, sobre seus sintomas, seu tratamento e sobre os locais de atendimento de saúde básica e especializada no Município;

II - alimentar o sistema de informações e de acompanhamento do Poder Público de todos que, no Município, tenham diagnóstico da doença ou que apresentem seus sintomas;

III - estabelecer uma rede de apoio psicológico às pessoas com a condição;

IV - fomentar parcerias com outras entidades públicas e privadas para a melhor capacitação dos profissionais da área da saúde, por meio de cursos, treinamentos, seminários e estágios para atendimento, o diagnóstico e o tratamento, especialmente daqueles em unidades básicas de atendimento, a fim de reduzir custos de remanejamento dos pacientes e demoras em diagnósticos; e

V - otimizar as relações entre as áreas médicas de modo a possibilitar a mais ampla troca de informações, inclusive dos profissionais de saúde entre si e com os pacientes, para melhora da qualidade de vida para os que com ela convivem e respectivos familiares.

Art. 3º A Municipalidade estimulará a participação dos especialistas e representantes de associações de pessoas com doenças autoimunes, no grupo de trabalho a ser constituído para a implementação da política de conscientização.

Art. 4º Poderá a Prefeitura estabelecer intercâmbios com universidades, hospitais universitários e hemocentros, para o desenvolvimento de pesquisas sobre o tema e assinando convênios, se necessário.

Art. 5º Na política criada por esta Lei deverão constar:

I - campanhas educativas de combate ao preconceito para com as pessoas com doenças autoimunes;

II - elaboração de cadernos técnicos para profissionais da rede pública de educação e saúde;

III - elaboração de cartilhas e folhetos explicativos para a população; e

IV - campanhas específicas em locais públicos de grande circulação.

Art. 6º O Poder Executivo regulamentará esta Lei.

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

Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 21 de junho de 2023.

Vereador CARLO CAIADO
Presidente

DCM de 22.6.2023

3.123. Lei nº 7.980/2023 (Campanha de Conscientização sobre o Zóster)

Lei nº 7.980, de 4 de julho de 2023.

Institui a Campanha de Conscientização sobre o Zóster.

Autores: Vereadores Dr. Gilberto e Dr. Marcos Paulo.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituída a Campanha de Conscientização sobre o Zóster, tendo por escopo a ampla divulgação no âmbito municipal das características desta doença, suas causas e tratamentos dos sintomas, bem como a indicação das medidas preventivas a serem adotadas.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 5.7.2023

3.124. Lei nº 8.002/2023 (Programa Municipal de Descoberta Precoce de Sinais de Autismo)

Lei nº 8.002, de 20 de julho de 2023.

Cria o Programa Municipal de Descoberta Precoce de Sinais de Autismo.

Autores: Vereadores Paulo Pinheiro, Eliseu Kessler, Dr. Marcos Paulo, Dr. Carlos Eduardo, Marcio Ribeiro, Luciano Medeiros, Rocal e Marcelo Arar.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica criado o Programa Municipal de Descoberta de Sinais Precoces de Autismo na rede pública de saúde.

Art. 2º O Programa Municipal de Descoberta de Sinais Precoces de Autismo consiste na aplicação do teste escala M-chat, em crianças entre dezesseis e trinta meses de idade, conforme recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Art. 3º A aplicação do teste de escala M-Chat será realizada pelas unidades básicas de saúde, onde o responsável pela criança tenha cadastro, podendo ser realizado, ainda, pelas visitas das equipes de saúde da família.

Art. 4º No momento da realização do teste, os responsáveis deverão ser informados sobre a importância de uma possível identificação do Transtorno do Espectro Autista - TEA, de forma precoce, bem como da pontuação que caracteriza o grau baixo, médio ou alto de probabilidade de identificação do TEA., sendo risco baixo 0 a 2; risco moderado, 3 a 7 e risco elevado 8 a 20, conforme classificação da escala M-Chat.

Art. 5º Caso as respostas configurem uma possibilidade elevada de constatação de Transtorno do Espectro Autista - TEA caberá ao médico responsável:

I - informar aos responsáveis da criança sobre a necessidade pela procura dos serviços de neurologia, sendo de imediato incluído no Sistema de Regulação - SISREG para consulta com profissional da área; e

Il - encaminhar o caso ao Conselho Tutelar, para que este acompanhe o atendimento ao menor, inclusive, na fase escolar.

Art. 6º As despesas decorrentes da execução da presente Lei correrão por conta das verbas próprias do orçamento, suplementadas se necessário.

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

EDUARDO PAES
Prefeito

DCM de 21.7.2023

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. DOU de 5.10.1988

BRASIL. Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. DOU de 31.8.1994

BRASIL. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. DOU de 29.9.1995 e republicado em 2.10.1995

BRASIL. Decreto nº 3.964, de 10 de outubro de 2001. Dispõe sobre o Fundo Nacional de Saúde e dá outras providências. DOU de 11.10.2001

BRASIL. Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências. DOU de 12.7.2006

BRASIL.Decreto nº 7.507, de 27 de junho de 2011. Dispõe sobre a movimentação de recursos federais transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, em decorrência das leis citadas. DOU de 28.6.2011

BRASIL. 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. DOU de 29.6.2011

BRASIL. Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências. DOU de 17.10.2012

BRASIL. Decreto nº 8.368, de 2 de dezembro de 2014. Regulamenta a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. DOU de 3.12.2014

BRASIL. Decreto nº 9.380, de 22 de maio de 2018. Altera o Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, e dispõe sobre a readequação da rede física do Sistema Único de Saúde oriunda de investimentos realizados pelos entes federativos com recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde. DOU de 23.5.2018

BRASIL. Decreto nº 9.190, de 1º de novembro de 2017. Regulamenta o disposto no art. 20 da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. DOU de 3.11.2017

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DOU de 20.9.1990

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. DOU de 31.12.1990

BRASIL. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Soci al (Inamps) e dá outras providências. DOU de 28.7.1993

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. DOU de 18.5.1998 e retificado no DOU 25.5.1998

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. DOU de 8.4.2005

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. DOU de 28.12.2007

BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. DOU de 23.11.2012

BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. DOU de 28.12.2012

BRASIL. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. DOU de 2.8.2013

BRASIL. Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. DOU de 9.5.2023

BRASIL. Lei nº 14.598, de 14 de junho de 2023. Dispõe sobre a realização de exames em gestantes. DOU de 15.6.2023

BRASIL. Lei nº 14.648, de 4 de agosto de 2023. Autoriza a ozonioterapia no território nacional. DOU de 7.8.2023

BRASIL. Lei nº 14.650, de 23 de agosto de 2023. Institui o Dia Nacional da Diálise. DOU de 24.8.2023

BRASIL. Lei nº 14.654, de 23 de agosto de 2023. Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tornar obrigatória a divulgação dos estoques dos medicamentos das farmácias que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS). DOU de 24.8.2023

BRASIL. Lei nº 14.655, de 23 de agosto de 2023. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para assegurar a participação de especialista indicado pela Associação Médica Brasileira na Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. DOU de 24.8.2023

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. DOU de 16.1.2012

BRASIL. Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. DOU de 6.6.2012

BRASIL. Resolução CNS nº 714, de 02 de julho de 2023. Dispõe sobre Campanha pela Criação de Conselhos Locais de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde do SUS. DOU de 23.8.2023

BRASIL. Resolução CNS nº 715, de 20 de julho de 2023. Dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e

sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

RIO DE JANEIRO (Estado). Lei Complementar nº 152, de 18 de novembro de 2013. Estrutura, regulamenta, consolida e dá outras atribuições ao Conselho Estadual de Saúde, de que trata o inciso IV do art. 289 da Constituição do Estado do Rio de Janeiro. DOERJ de 19.11.2013

RIO DE JANEIRO (Município). Decreto nº 9.865, de 05 de dezembro de 1990. Regulamenta a Lei nº 1.583, de 30 de julho de 1990. D.O. RIO de 07.12.1990, Republ. em 13.12.1990, Retif. em 27.12.1990

RIO DE JANEIRO (Município). Decreto nº 12.030, de 19 de abril de 1993. Altera os dispositivos que menciona do Decreto nº 9865 de 06 de dezembro de 1990. D.O. RIO de 20.4.1993

RIO DE JANEIRO (Município). Decreto nº 13.110, de 02 de agosto de 1994. Altera o art. 8º do Decreto nº 9.865 de 05 de dezembro de 1990. D.O. RIO de 3.8.1994

RIO DE JANEIRO (Município). Decreto Rio nº 44.031, de 07 de dezembro de 2017. Regulamenta a Lei Municipal nº 5.104, de 03 de novembro de 2009, quanto aos critérios de ressarcimento de gastos com alimentação dos conselheiros municipais e distritais de saúde. D.O. RIO de 8.12.2017

RIO DE JANEIRO (Município). Deliberação S/COMS nº 64, de 29 de setembro de 2010. Aprova o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde. D.O. RIO de 19.10.2010

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 1.583, de 30 de julho de 1990. Cria o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. D.O.RIO de 1º.8.1990

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 3.189, de 23 de março de 2001. Dispõe sobre a participação da comunidade no processo de elaboração, definição e acompanhamento da execução do Orçamento Plurianual de Investimentos, das Diretrizes Orçamentárias e do Orçamento Anual. DCM de 26.3.2009

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 5.104, de 3 de novembro de 2009. Dispõe sobre o Conselho Municipal e os Conselhos Distritais de Saúde. DCM de 5.11.2009

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 5.874, de 6 de julho 2015. Institui Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio. DCM de 7.7.2015

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 5.917, de 16 de julho de 2015. Institui, na Secretaria Municipal de Saúde, ações de capacitação dos profissionais, na rede pública de atenção primária, e dá outras providências. DCM de 17.7.2015

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.020, de 17 de novembro de 2015. Obriga farmácias a afixar cartaz com a lista dos remédios do Programa Farmácia Popular e dá outras providências. DCM de 18.11.2015

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.061, de 31 de março de 2016. Institui o Programa Cuidador de Pessoa com Deficiência ou Mobilidade Reduzida, no âmbito da estratégia de saúde da família do Município do Rio de Janeiro e dá outras providências. DCM de 1º.4.2016

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.062, de 31 de março de 2016. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro do grupo sanguíneo e fator RH nos uniformes de todos os alunos matriculados nas escolas da rede pública e privada no Município e dá outras providências. DCM de 1º.4.2016

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.103, de 21 de novembro de 2016. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de mamógrafos nas novas unidades hospitalares das clínicas da família no Município do Rio de Janeiro. DCM de 22.11.2016

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.116, de 19 de dezembro de 2016. Define ações de combate à dengue nos cemitérios no Município do Rio de Janeiro, disciplinando a colocação de vasos e recipientes para ornamentação de sepulturas. DCM de 20.12.2016

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.148, de 18 de abril 2017. Institui a Política Municipal de Proteção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência, no Município do Rio de Janeiro. DCM de 19.4.2017

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.153 de 27 de abril de 2017. Trata da divulgação dos preços pagos por medicamentos e serviços por parte das Organizações Sociais e da Secretaria Municipal de Saúde. DCM de 2.5.2017

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.186, de 31 de maio de 2017. Institui o Programa de Prevenção da Saúde dos Pés no Município do Rio de Janeiro e dá outras providências. DCM de 1º.6.2017

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.204, de 21 de junho de 2017. Dispõe sobre a realização do Teste de Triagem Neonatal, na modalidade ampliada, em Espectromia de Massa em Tandem – EMT, em crianças nascidas nos hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde da rede pública do Município do Rio de Janeiro e dá outras providências. DCM de 22.6.2017

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.239, de 5 de setembro de 2017. Institui o Projeto Gravidez Segura de Prevenção à SAF – Síndrome Alcoólica Fetal, e dá outras providências. DCM de 6.9.2017

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.245 de 6 de setembro de 2017. Altera a Lei nº 5.874, de 6 de julho de 2015, para estender o Plano Municipal dePrevenção ao Suicídio e dá outrasprovidências. DCM de 12.9.2017

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.248, de 19 de setembro de 2017. Dispõe sobre a proibição de cobrança de valores para utilização de estacionamento de veículos nos hospitais, clínicas, prontos-socorros e estabelecimentos congêneres, na forma que indica, no Município do Rio de Janeiro. DCM de 20.9.2017

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.252, de 3 de outubro de 2017. A rede municipal de saúde e assistência social disponibilizará exame psicológico aos alunos da rede municipal de ensino no início de cada ano letivo e a cada semestre. DCM de 4.10.2017

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.258, de 11 de outubro de 2017. Trata da proibição da contratação de membros dos Conselhos Municipal e Distrital de Saúde pelas organizações sociais, empresas e demais entidades que prestem serviços terceirizados na área de saúde pública. DCM de 17.10.2017

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.300, de 6 de dezembro de 2017. Estabelece a Redução de Danos e Riscos como política municipal de saúde. DCM de 7.12.2017

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.305, de 26 de dezembro de 2017. Permite a presença de doulas nos estabelecimentos hospitalares durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. DCM de 27.12.2017

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.366 , de 7 de junho de 2018. Dispõe sobre ajuda especializada e amparo a pessoas vítimas de violência em toda a rede de prestação de serviços de saúde, no âmbito do município do Rio de Janeiro. DCM de 8.6.2018

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.371 de 21 de junho de 2018. Obriga os hospitais e maternidades situados no Município do Rio de Janeiro a fazerem a inserção do tipo sanguíneo e do fator Rh do recém-nascido e de sua mãe, juntamente com os demais elementos identificadores de nascimento, por meio da certidão fornecida após o nascimento da criança nas unidades hospitalares ou maternidades. DCM de 26.6.2018

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.417 de 6 de novembro de 2018. Obriga o Poder Executivo Municipal a publicizar na Rede Mundial de Computadores informações acerca da fila de espera para serviços e/ou ações de saúde e dá outras providências. DCM de 8.11.2018

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.439, de 2 de janeiro de 2019. Disponibiliza na Rede Municipal de Saúde assistência médica e psicológica aos professores e professoras da Rede Municipal de Ensino, portadores da Síndrome de Burnout. DCM de 3.1.2019

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.442, de 2 de janeiro de 2019. Assegura o direito ao atendimento odontológico na Rede Municipal de Saúde e dá outras providências. DCM de 3.1.2019

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.490, de 11 de março de 2019. Dispõe sobre a afixação de listagem de medicamentos proibidos, interditados e suspensos nas farmácias e drogarias. DCM de 12.3.2019

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.492, de 19 de março de 2019. Dispõe sobre o ingresso de animais domésticos nos hospitais do Município do Rio de Janeiro. DCM de 20.3.2019

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.519, de 4 de abril de 2019. Dispõe sobre a obrigatoriedade das unidades hospitalares do Município do Rio de Janeiro a disponibilizar classes de ensino para alunos internados. DCM de 5.4.2019

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.534, de 16 de abril de 2019. Cria o serviço de mensagens WhatsApp RJ Combate ao Mosquito Aedes Aegypti e dá outras providências. DCM de 18.4.2019

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.537, de 22 de abril de 2019. Dispõe sobre a informatização da carteira de vacinação. DCM de 25.4.2019

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.541, de 22 de abril de 2019. Obriga a afixação de cartazes informando sobre o estabelecimento de prioridade especial para os maiores de oitenta anos. DCM de 25.4.2019

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.543, de 22 de abril de 2019. Dispõe sobre a obrigatoriedade de afixação de aviso sobre os direitos da gestante e acompanhante durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto no âmbito do Município do Rio de Janeiro. DCM de 25.4.2019

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.550, de 25 de abril de 2019. Disponibiliza o exame pré-nupcial na Rede Pública de Saúde. DCM de 26.4.2019

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.552, de 25 de abril de 2019. Torna obrigatória a presença de profissionais de odontologia nas unidades de saúde pertencentes ao Município do Rio de Janeiro e dá outras providências. DCM de 26.4.2019

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.556, de 25 de abril de 2019. Dispõe sobre a criação do Sistema Móvel de Coleta de Sangue na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde e dá outras providências. DCM de 26.4.2019

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.574, de 28 de maio de 2019. Assegura às pessoas com deficiência o atendimento, bem como a devida acessibilidade, em centro de saúde, unidade básica de saúde ou unidade de saúde da família mais próxima de sua residência. DCM de 30.5.2019

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.587 de 29 de maio de 2019. Dispõe sobre a permissão de animais terapeutas no local onde exerçam as suas atividades e dá outras providências. DCM de 30.5.2019

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.595, de 31 de maio de 2019. Dispõe sobre a criação de Centro Municipal de Coleta de Sangue na AP-5, e dá outras providências. DCM de 3.6.2019

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.635, de 5 de setembro de 2019. Dá o nome de Dr. George Sterblitch à maternidade do Hospital Municipal Miguel Couto. DCM de 6.9.2019

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.641, de 19 de setembro de 2019. Obriga as unidades de saúde públicas municipais a divulgarem, em local de fácil visualização, a lista de funcionários presentes. DCM de 23.9.2019

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.674, de 11 de dezembro de 2019. Cria o Programa de Conscientização sobre a Dislexia no âmbito do Município do Rio de Janeiro e dá outras providências. DCM de 13.12.2019

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.687, de 17 de dezembro de 2019. Estabelece a notificação compulsória dos casos de suspeita e/ou confirmação de casos de pessoas portadoras de doenças raras e genéticas. DCM de 19.12.2019, DCM de 2.4.2020

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.693, de 20 de dezembro de 2019. Dispõe sobre a criação do Programa Municipal de Prevenção ao Alcoolismo entre Mulheres e dá outras providências. DCM de 27.12.2019

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.704, de 7 de janeiro de 2020. Altera dispositivos da Lei nº 5.104, de 2009, que dispõe sobre o Conselho Municipal e os Conselhos Distritais de Saúde. DCM de 8.1.2020

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.712, de 21 de janeiro de 2020. Dispõe sobre a prioridade de marcação de consultas dermatológicas e oftalmológicas para pessoas com acromatose, no âmbito do Município do Rio de Janeiro. DCM de 23.1.2020

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.714, de 21 de janeiro de 2020. Institui a Política Municipal de Cuidados Paliativos e dá outras providências. DCM de 23.1.2020, DCM de 2.4.2020

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.756, de 7 de julho de 2020. Dispõe sobre a obrigatoriedade da Secretaria Municipal de Saúde de prestar informações e assessoria aos familiares dos pacientes internados e transferidos para fora da região metropolitana do Município do Rio de Janeiro. DCM de 8.7.2020

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.779, de 23 de setembro de 2020. Dispõe sobre a vacinação dos adolescentes contra o vírus HPV, em sua unidade escolar, na rede municipal de ensino. DCM de 25.9.2020

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.785, de 21 de outubro de 2020. Dispõe sobre a imunização de idosos com a vacina contra pneumonia, na rede pública de saúde do Município. DCM de 23.10.2020

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.803 de 25 de novembro de 2020. Reconhece a prática de atividade física e do exercício físico como essenciais para a população carioca em tempos de crises ocasionadas por moléstias contagiosas ou catástrofes naturais. DCM de 26.11.2020

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.805, de 26 de novembro de 2020.Dis ponibiliza na Rede Municipal de Saúde assistência psicológica e social aos alunos vítimas de bullying. DCM de 27.11.2020

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.817, de 9 de dezembro de 2020. Dispõe sobre a responsabilidade do agressor pelo ressarcimento dos custos relacionados aos serviços de saúde prestados pelo Município por meio das transferências do fundo de saúde - Sistema Único de Saúde (SUS) às vítimas de violência doméstica e familiar e dá outras providências. DCM de 10.12.2020

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.821, de 9 de dezembro de 2020. Institui a Política Municipal de Conscientização e Orientação Sobre a Endometriose e dá outras providências. DCM de 10.12.2020

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.822, de 9 de dezembro de 2020. Dispõe sobre a permanência e obrigatoriedade do profissional fisioterapeuta nas Unidades de Terapia Intensiva – UTI – do Município do Rio de Janeiro, adultas, neonatais e pediátricas e dá outras providências. DCM de 10.12.2020

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.864, de 22 de abril de 2021. Estabelece a Campanha Municipal Permanente de Saúde Vocal e Auditiva dos funcionários da Secretaria Municipal de Educação. DCM de 23.4.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.865, de 22 de abril de 2021. Define locais para o descarte de agulhas, seringas, curativos e outros materiais de uso médico. DCM de 23.4.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.898, de 18 de maio de 2021. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando à proteção destas contra a violência obstétrica no Município e dá outras providências. DCM de 19.5.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.906, de 24 de maio de 2021. Adota a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável como diretriz para a promoção de Políticas Públicas Municipais, cria o programa e a comissão para os objetivos de desenvolvimento sustentável, e dá outras providências. DCM de 25.5.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.907, de 24 de maio de 2021. Dispõe sobre a obrigatoriedade dos hospitais e maternidades públicas e privadas de prestarem orientações para primeiros socorros em caso de engasgamento, aspiração de corpo estranho, asfixia e prevenção de morte súbita de recém-nascidos e dá outras providências. DCM de 25.5.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.915, de 24 de maio de 2021. Institui, na Secretaria Municipal de Saúde, ações de capacitação dos profissionais, na rede pública de atenção primária, e dá outras providências. DCM de 25.5.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.918, de 31 de maio de 2021. Estabelece o Programa Municipal de Assistência Psicológica a Vítimas da Violência Doméstica e Familiar no Município do Rio de Janeiro. DCM de 2.6.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.919, de 31 de maio de 2021. Dispõe sobre a disponibilização de profissional capacitado para atender vítimas de violência doméstica e sexual na rede de ambulatórios, postos de saúde e hospitais do Município do Rio de Janeiro e dá outras providências. DCM de 2.6.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.923, de 31 de maio de 2021. Dispõe sobre a oferta da aromaterapia no Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro. DCM de 2.6.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.954, de 15 de junho de 2021. Obriga as unidades de saúde públicas municipais a divulgarem, em local de fácil visualização, a lista de funcionários contratados. DCM de 16.6.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.956, de 15 de junho de 2021. Fica instituído o Programa de Acesso ao Tratamento Odontológico direcionado às pessoas com deficiência no âmbito do Município do Rio de Janeiro. DCM de 16.6.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.972, de 28 de junho de 2021. Dispõe sobre a divulgação do rol de medicamentos disponíveis para distribuição gratuita, através da página de internet da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. DCM de 30.6.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 6.977, de 28 de junho de 2021. Cria o Programa Ambulatorial de Fisioterapia Respiratória para tratar sequelas respiratórias dos pacientes que tiveram Covid-19 e dá outras providências. DCM de 30.6.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.018, de 1º de setembro de 2021. Dispõe sobre sistema de coleta de dados biométricos de recém-nascidos nas unidades de saúde, públicas e privadas, do Município do Rio de Janeiro e dá outras providências. DCM de 2.9.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.021, de 1º de setembro de 2021. Obriga hospitais e maternidades a prestarem assistência às parturientes em que seja constatado qualquer tipo de deficiência ou patologia crônica que exija tratamento especial em seus filhos recém-nascidos. DCM de 2.9.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.025, de 02 de setembro de 2021. Dispõe sobre a obrigatoriedade de o Poder Executivo prestar informações referentes aos diagnósticos de doenças causadas pela falta de saneamento básico. DCM de 3.9.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.064, de 7 de outubro de 2021. Dispõe sobre a publicação do boletim Juliana Dellabary de dados sobre direitos sexuais e reprodutivos. DCM de 8.10.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.077, de 19 de outubro de 2021. Dispõe sobre a criação do Programa de Proteção à Saúde Bucal da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e dá outras providências. DCM de 20.10.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.082, de 20 de outubro de 2021. Estabelece critérios de cuidados à saúde de servidores e empregados públicos com comorbidades ou doenças psíquicas na retomada das atividades no pós-pandemia, na forma que menciona, e dá outras providências. DCM de 21.10.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.091, de 28 de outubro de 2021. Cria o Programa Ambulatorial de Saúde Mental pós-Covid e dá outras providências. DCM de 29.10.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.109, de 5 de novembro de 2021. Institui no Município ações que promovam a inclusão das pessoas com deficiência intelectual e múltipla e dá outras providências. DCM de 8.11.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.170, de 2 de dezembro de 2021. Institui o Banco de Sangue e de Medula Óssea Virtual do Município do Rio de Janeiro - BASMOV e dá outras providências. DCM de 3.12.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.175, de 2 de dezembro de 2021. Dispõe sobre a expansão do atendimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde ao ambiente das escolas da rede municipal de ensino e dá outras providências. DCM de 3.12.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.176, de 8 de dezembro de 2021. Autoriza o Poder Executivo a instituir o Programa de Apoio ao Obeso Mórbido e dá outras providências. DCM de 9.12.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.182, de 8 de dezembro de 2021. Cria o Programa Contínuo de Diagnóstico e Tratamento da Depressão Pós-Parto, na rede pública municipal de saúde do Rio de Janeiro. DCM de 9.12.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.197, de 15 de dezembro de 2021. Dispõe sobre o Programa de Navegação de Paciente, na forma que menciona. DCM de 16.12.2021

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.212, de 22 de dezembro de 2021. Dispõe sobre a ampla publicidade dos direitos da pessoa portadora de neoplasia maligna (câncer). DCM de 23.12.2021, DCM de 16.3.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.226, de 10 de janeiro de 2022. Determina que todos os hospitais, clínicas, postos de saúde e afins, públicos e privados, localizados no Município do Rio de Janeiro adquiram macas e cadeiras de rodas dimensionadas para obesos, e dá outras providências. DCM de 11.1.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.243, de 4 de março de 2022. Dispõe sobre a obrigatoriedade do profissional terapeuta ocupacional às instituições de assistência e de saúde pública, no que tange a atenção, promoção e recuperação da independência funcional das Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). DCM de 7.3.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.250, de 14 de março de 2022. Dispõe sobre a obrigatoriedade de orientação e informação da legislação e procedimentos relativos a transplante de órgãos pelas instituições de saúde do Município. DCM de 15.3.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.259, de 17 de março de 2022. Torna obrigatória a disponibilização de desfibrilador cardíaco nos locais em que especifica. DCM de 18.3.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.278 de 29 de março de 2022. Dispõe sobre a obrigatoriedade de hospitais e maternidades da rede pública e privada do Município do Rio de Janeiro de realizarem os exames para diagnóstico precoce da encefalopatia crônica não progressiva da infância (PC - Paralisia Infantil) - DIPREPAC - nos recém- nascidos, e dá outras providências. DCM de 30.3.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.286 de 31 de março de 2022. Institui a Política Municipal de Controle e Eliminação da Tuberculose no Município. DCM de 1º.4.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.299, de 18 de abril de 2022. Dispõe sobre Campanha de Cuidados com as Doenças Vasculares provocadas pela imobilidade prolongada, quando da ocorrência de quarentena gerada por pandemia. DCM de 20.4.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.300, de 18 de abril de 2022. Dispõe sobre a fixação de cartazes explicativos que demonstrem a aplicação da Manobra de Heimlich em restaurantes, bares, lanchonetes, praças de alimentação de shopping centers e estabelecimentos similares. DCM de 20.4.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.324, de 28 de abril de 2022. Torna obrigatório nos hospitais públicos e privados, contratados ou conveniados com o sistema único de saúde - SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de sessenta anos de idade, quando internados. DCM de 29.4.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.380, de 26 de maio de 2022. Institui o Programa de Orientação, Apoio e Atendimento aos Familiares e Cuidadores dos Portadores da Doença de Alzheimer, na forma que menciona. DCM de 27.5.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.383, de 26 de maio de 2022. Institui a Política Municipal de Conscientização e Orientação sobre o Lúpus Eritematoso Sistêmico e dá outras providências. DCM de 27.5.2022, DCM de 30.6.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.404, de 9 de junho de 2022. Estabelece aos hospitais públicos e privados instituírem procedimentos relacionados à humanização do luto materno e parental. DCM de 10.6.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.406, de 9 de junho de 2022. Dispõe sobre a obrigatoriedade e permanência de fisioterapeuta nas maternidades, nos centros obstétricos e nos programas de assistência obstétrica, e dá outras providências. DCM de 10.6.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.416 de 14 de junho de 2022. Dispõe sobre a divulgação da identificação do mutismo seletivo por meio de material impresso e digital. DCM de 20.6.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.485, de 27 de julho de 2022. Institui o Programa Olhares Infantis contra o Retinoblastoma nas creches do Município do Rio de Janeiro. DCM de 28.7.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.510, de 8 de setembro de 2022. Estabelece o direito à presença de um intérprete da Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS, para acompanhar as consultas de pré-natal, o trabalho de parto e as consultas no puerpério, das gestantes, parturientes e puérperas com deficiência auditiva. DCM de 9.9.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.528, de 12 de setembro de 2022. Determina a disponibilização de profissional capacitado para atender crianças vítimas de abuso sexual e dá outras providências. DCM de 13.9.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.533 de 12 de setembro de 2022. Dispõe sobre a obrigatoriedade da divulgação dos canais de atendimento do Centro de Valorização da Vida - CVV no âmbito de órgãos e repartições do Município e privadas e dá outras providências. DCM de 13.9.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.632, de 3 de novembro de 2022. Dispõe sobre o Programa de Capacitação Anual de Profissionais da Saúde para Cuidar da saúde integral de mulheres LGBTQIA+. DCM de 4.11.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.655, de 21 de novembro de 2022. Institui a Campanha de Conscientização sobre a Depressão Infantil e na Adolescência. DCM de 22.11.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.687, de 5 de dezembro de 2022. Dispõe sobre medidas para a humanização do parto e combate à violência obstétrica e dá outras providências. DCM de 7.12.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.688, de 5 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a notificação compulsória de casos de violência contra a pessoa idosa e dá outras providências. DCM de 7.12.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.697 de 8 de dezembro de 2022. Institui o Programa Municipal de Prevenção ao Acidente Vascular Encefálico – AVE e dá outras providências. DCM de 9.12.2022, DCM de 17.3.2023

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.711, de 15 de dezembro de 2022. Institui o Programa de Saúde do Homem. DCM de 16.12.2022, DCM de 22.3.2023

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.726, de 20 de dezembro de 2022. Determina que os hospitais, clínicas e postos de saúde que compõem a rede pública municipal de saúde comuniquem formalmente ao Ministério Público casos de vestígios de maus-tratos contra a pessoa com deficiência. DCM de 21.12.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.729, de 20 de dezembro de 2022. Altera e acrescenta dispositivo à Lei nº 5.874, de 2015, que institui Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio. DCM de 21.12.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.731, de 22 de dezembro de 2022. Dispõe sobre o Programa de Enfrentamento do Parto Prematuro na rede municipal de saúde e dá outras providências. DCM de 23.12.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.732 de 26 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a obrigatoriedade dos pais ou responsáveis por crianças ou adolescentes regularmente matriculados nas instituições de ensino público e particular do Município do Rio de Janeiro apresentar cópia de receita de medicamentos a serem ministrados no horário letivo e dá outras providências. DCM de 27.12.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.749, de 26 de dezembro de 2022. Institui o Programa Municipal de Saúde Integral para a População Negra e dá outras providências. DCM de 27.12.2022

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.839, de 30 de março de 2023. Dispõe sobre a disponibilização de soro antiofídico e demais imunobiológicos em todas as unidades públicas municipais de saúde e dá outras providências. DCM de 31.3.2023

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.850, de 26 de abril de 2023. Dispõe sobre a criação de atendimento multidisciplinar para diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) no âmbito da saúde do Município do Rio de Janeiro. DCM de 27.4.2023

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.859, de 3 de maio de 2023. Dispõe sobre o direito da mulher de ter acompanhamento nas consultas e exames, inclusive ginecológicos, nos estabelecimentos públicos e privados de saúde, no âmbito do Município e dá outras providências. DCM de 4.5.2023

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.883, de 22 de maio de 2023. Dispõe sobre a criação de atendimento multidisciplinar para diagnóstico de mioma uterino no âmbito da saúde do Município do Rio de Janeiro. DCM de 23.5.2023

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.908, de 15 de junho de 2023. Dispõe sobre ações que serão realizadas na Semana Municipal da Maternidade Atípica, no Município do Rio de Janeiro. DCM de 16.6.2023

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.913, de 15 de junho de 2023. Dispõe sobre a assistência integral à mulher em estado de climatério ou menopausa e dá outras providências. DCM de 16.6.2023

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.917, de 15 de junho de 2023. Dispõe sobre o Programa de Atenção Integral aos Portadores da Doença de Parkinson, na forma que menciona. DCM de 16.6.2023

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.927, de 19 de junho de 2023. Cria a Campanha Semana do Doador de Medula Óssea. DCM de 20.6.2023

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.947, de 21 de junho de 2023. Institui, no âmbito do Município, a rede de atenção às pessoas com doenças autoimunes dermatológicas. DCM de 22.6.2023

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.980, de 4 de julho de 2023. Institui a Campanha de Conscientização sobre o Zóster. DCM de 5.7.2023

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 8.002, de 20 de julho de 2023. Cria o Programa Municipal de Descoberta Precoce de Sinais de Autismo. DCM de 21.7.2023

RIO DE JANEIRO (Município). Lei Complementar nº 208, de 6 de setembro de 2019. Torna obrigatória a existência de gerador de energia nos hospitais instalados no Município, bem como em clínicas médicas que efetuem cirurgias. DCM de 10.9.2019

RIO DE JANEIRO (Município). Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro. DCM de 5.4.1990