

SISTÊMICO - LISTA "C2" (RETINÓIDES)Razão Social: **RAIA DROGASIL S/A**Nome fantasia: **DROGASIL - CAMBURI 6**Endereço: **AV. AUGUSTO EMILIO ESTELITA LINS, JARDIM CAMBURI, VITÓRIA-ES, CEP: 29.090-590**Nº do processo: **88843513**CNPJ: **61.585.865/2270-16**

A Empresa se encontra cadastrada neste Núcleo Especial de Vigilância Sanitária - NEVS/ES sob nº **011/20** para exercer a atividade de dispensação de medicamentos de uso sistêmico constantes da lista "C2" (RETINÓIDES) da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, conforme determina o art. 124, capítulo X, Instrução Normativa, da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, aprovada pela Portaria SVS/MS nº 6, de 19 de janeiro de 1999.

Vitória, 11 de maio de 2020.

JULIANO MOSA MAÇÃO

Chefe do Núcleo Especial de Vigilância Sanitária

Protocolo 584909**CADASTRO DE FARMÁCIAS E DROGARIAS QUE DISPENSAM MEDICAMENTOS DE USO SISTÊMICO - LISTA "C2" (RETINÓIDES)**Razão Social: **FPB PRAIA DE ITAPARICA COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA**Nome fantasia: **FARMÁCIA PREÇO BAIXO**Endereço: **Rua Professor Augusto Ruschi, S/N - Praia de Itaparica - Vila Velha - ES**CEP: **29102-080**Nº do processo: **88877612**CNPJ: **32.607.730/0001-41**

A Empresa se encontra cadastrada neste Núcleo Especial de Vigilância Sanitária - NEVS/ES sob nº **012/20** para exercer a atividade de dispensação de medicamentos de uso sistêmico constantes da lista "C2" (RETINÓIDES) da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, conforme determina o art. 124, capítulo X, Instrução Normativa, da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, aprovada pela Portaria SVS/MS nº 6, de 19 de janeiro de 1999.

Vitória/ES, 25 de maio de 2020.

JULIANO MOSA MAÇÃO

Chefe do Núcleo Especial de Vigilância Sanitária

Protocolo 585068**PORTARIA Nº 096-R, DE 25 DE MAIO DE 2020**

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 46, alínea "o" da Lei nº 3043, de 31 de dezembro de 1975, e,

CONSIDERANDO

a Lei Complementar nº 317, de 03/01/2005, Lei Complementar nº 348, publicada de 22/12/2005,

e Lei Complementar nº 407, de 27/07/2007;

a Resolução RDC/ANVISA nº 377, de 28 de abril de 2020;

a Lei Estadual nº 6.066, de 31/12/1999 - Código de Saúde do Estado;

as ações de vigilância sanitária na promoção, na proteção e recuperação da saúde;

RESOLVE

Art.1º AUTORIZAR, EM CARÁTER TEMPORÁRIO E EXCEPCIONAL, a realização de "testes rápidos" (ensaios imunocromatográficos) para pesquisa de anticorpos ou antígeno do novo coronavírus (COVID-19), sem fins de diagnóstico confirmatório, em farmácias.

Parágrafo único: A realização do teste rápido para a COVID-19 deve ocorrer nas dependências do estabelecimento.

Art.2º Além das condições determinadas pela Resolução RDC ANVISA nº 377, de 28 de abril de 2020, os estabelecimentos que tenham interesse em realizar testes rápidos para a COVID-19 devem, obrigatoriamente:

I - possuir licença sanitária vigente com autorização para realização de serviços farmacêuticos;

II - possuir autorização de funcionamento emitida pela ANVISA;

III - se cadastrar junto ao órgão sanitário competente pelo seu licenciamento;

IV - possuir área privativa para realização da testagem;

V - disponibilizar ao paciente suspeito máscara cirúrgica e preparação alcoólica a 70% para higiene das mãos;

Art.3º Deve ser realizada entrevista com o solicitante do teste rápido, visando evidenciar a viabilidade da aplicação do teste.

§1º Cabe ao Farmacêutico Responsável a realização da entrevista.

§2º Para a realização da entrevista, deverão ser respondidas as perguntas presentes na ficha de notificação do sistema de notificação e-SUS VS.

§3º A instrução de uso do teste rápido deve ser considerada na decisão quanto a viabilidade de aplicação do teste, tendo como referência a janela imunológica do paciente.

§4º O paciente que não atender aos requisitos de viabilidade de realização do teste rápido para COVID-19 deve ser orientado quanto ao correto momento de realizar a testagem.

Art.4º Os resultados dos testes rápidos realizados pela farmácia, sejam eles positivos ou negativos, devem ser notificados no mesmo dia de realização do teste por meio da plataforma e-SUS VS que será disponibilizada pela vigilância em saúde do município.

§1º O teste rápido com resultado positivo, deve ter o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, listado no Anexo Único da presente Portaria, fundamentado a partir da Portaria nº 356/GM/MS, de 11 de março de 2020, obrigatoriamente assinado em duas vias pelo profissional Farmacêutico e pelo paciente, sendo uma via retida e arquivada pelo estabelecimento pelo prazo legal estabelecido para fins de investigação.

§2º A ficha de notificação do COVID-19 constante na plataforma e-SUS VS substituirá a Declaração de Serviço Farmacêutico.

Art.5º A vigência desta Portaria cessará automaticamente a partir do reconhecimento pelo Ministério da Saúde de que não mais se configura a situação de emergência em Saúde Pública de Importância Nacional declarada pela Portaria nº 188/GM/MS, de 4 de fevereiro de 2020.

Art.6º O descumprimento das disposições contidas nesta Portaria constitui infração sanitária, nos termos da Lei Estadual nº 6.066, de 31 de dezembro de 1999, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art.7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial do Estado.

Vitória 25 de maio de 2020

NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR

Secretário de Estado da Saúde

**ANEXO ÚNICO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____, RGº _____, CPF nº _____ declaro que fui devidamente informado(a) pelo Farmacêutico(a) _____ sobre a necessidade de isolamento a que devo ser submetido, com data de início ____/____/2020, previsão de término ____/____/2020, sendo um intervalo mínimo de 7 dias, com local de cumprimento da medida domiciliar, bem como as possíveis consequências da sua não realização. Paciente () Responsável ()

Nome: _____

Grau de Parentesco: _____

Assinatura: _____ Identidade Nº: _____
Data: ____/____/____ Hora: _____ h: _____ min.*Deve ser preenchido pelo Farmacêutico*

Expliquei o funcionamento da medida de saúde pública a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre riscos do não atendimento da medida, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do(a) farmacêutico(a): _____

Assinatura _____ CRF _____

Protocolo 585054