



Estado do Rio de Janeiro

Prefeitura Municipal de Valença

DECRETO Nº.107, DE 29 DE MAIO DE 2025

“INSTITUI A COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT) DO MUNICÍPIO DE VALENÇA, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.”

SAULO DE TARSO PEREIRA CORRÊA DA SILVA, Prefeito do Município de Valença, Estado do Rio de Janeiro, no uso de suas atribuições legais, conferidas pelo artigo 69, inciso VI e IX, da Lei Orgânica Municipal, e:

CONSIDERANDO que desde 1977 a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que os países procedam à criação de Comitês Científicos e estabeleçam uma lista básica de medicamentos para uso nos diversos níveis de atenção, dado que o volume cada vez maior de fármacos disponíveis, a crescente complexidade da farmacoterapia, a maior sofisticação das técnicas de marketing pelas empresas farmacêuticas e os limitados recursos econômicos fazem com que a definição de lista com critérios de racionalidade seja uma tarefa primordial;

CONSIDERANDO a Política Nacional de Medicamentos (PNM), instituída pela Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, afirma que: O Ministério da Saúde estabelecerá mecanismos que permitam a contínua atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), imprescindível instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País;

CONSIDERANDO o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe "a RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS" e que a cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as suas atualizações;

CONSIDERANDO a publicação da RENAME 2024, à luz do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, deverá ser a base para a organização de listas estaduais e municipais, visando o processo de descentralização da gestão, tornando-se, portanto, meio fundamental para orientar a prescrição, a dispensação e o abastecimento de medicamentos, particularmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);



RESOLVE:

Art. 1º. Nomear os servidores abaixo relacionados para compor a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) do Município de Valença:

- Coordenador: Pedro Paulo Diogo Granadeiro - Diretor da Divisão de Assistência Farmacêutica;
- Secretário: Leonardo Magalhães Teixeira – Farmacêutico;
- Médico: Cláudio Roberto da Silva Magalhães - Médico regulador;
- Gabriel Mendes Correa da Silva - Diretor da Atenção Básica;
- Enfermeiro: Guilherme Vasconcellos Amaral - Diretor da Atenção Secundária;
- Pedro Paulo Diogo Granadeiro - Diretor da Divisão da de Assistência Farmacêutica;
- Leonardo Magalhães Teixeira – Farmacêutico; e
- Lara Jomori de Castro - Coordenador de Odontologia.

Art. 2º. Os membros ora nomeados, integrantes da Comissão de Farmácia e Terapêutica. (CFT) terão por obrigação assinar o Termo de Isenção de Conflito de Interesses, do modelo constante no Anexo Único.

Art. 3º. A Comissão de Farmácia Terapêutica (CFT) terá seus objetivos, princípios, forma de atuação e forma de organização instituídas por Regimento Interno a ser aprovado pelo Secretário de Saúde.

Art. 4º. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Valença, 29 de maio de 2025.

Saulo de Tarso Pereira Corrêa da Silva
Prefeito Municipal



Estado do Rio de Janeiro

Prefeitura Municipal de Valença

ANEXO ÚNICO

TERMO DE ISENÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nome:

Cargo:

1- Você, ou alguém de sua família, tem interesse financeiro ou de outra ordem em empresa farmacêutica ou de equipamentos para a saúde, o qual possa constituir potencial conflito de interesses? Sim ____ Não ____

2- Você teve, nos últimos 4 anos, emprego ou outra relação profissional com empresa farmacêutica ou distribuidora de medicamentos? Sim ____ Não ____

3- Se você respondeu “sim” a alguma das questões, dê, por favor, detalhes a seguir:

☐ Tipo de vínculo/ relacionamento (patentes, empregos, brindes, pagamentos, consultorias, palestras):

☐ Nome da empresa:

☐ Pertence a você, sua família ou grupo de trabalho?

☐ O interesse é vigente no momento atual? Sim ____ Não ____

☐ Se “não”, quando cessou o interesse?

4- Existe algum outro fato que possa afetar sua objetividade e independência nas decisões tomadas pela CFT?

Declaro que as informações acima são corretas e que não há qualquer outra situação que represente real, potencial ou aparente conflito de interesses por mim conhecida. Declaro que informarei se houver qualquer mudança nessas circunstâncias.

Assinatura: _____

Data: _____