

TRAS PROVIDÊNCIAS.

PAULO ALEXANDRE BARBOSA, Prefeito Municipal de Santos, faço saber que a Câmara Municipal aprovou em sessão realizada em 21 de novembro de 2019 e eu sanciono e promulgo a seguinte:

LEI Nº 3.651

Art. 1º Fica criado o cartão de vacina digital contendo as informações referentes à vacinação dos cidadãos no âmbito do município de Santos.

§ 1º As informações referentes à vacinação deverão ser salvas eletronicamente em banco de dados.

§ 2º Os dados referentes às vacinações realizadas antes da publicação dessa lei deverão ser cadastrados através da apresentação da carteira de vacinação.

Art. 2º O Poder Executivo regulamentará a presente lei no que lhe couber.

Art. 3º Esta lei entra em vigor na data da publicação.

Registre-se e publique-se.

Palácio "José Bonifácio", em 12 de dezembro de 2019.

PAULO ALEXANDRE BARBOSA
PREFEITO MUNICIPAL

Registrada no livro competente.

Departamento de Registro de Atos Oficiais do Gabinete do Prefeito Municipal, em 12 de dezembro de 2019.

THALITA FERNANDES VENTURA
CHEFE DO DEPARTAMENTO

LEI Nº 3.652**DE 12 DE DEZEMBRO DE 2019**

(PROJETO DE LEI Nº 143/2019 –
AUTOR: PREFEITO MUNICIPAL)

OBRIGA O REGISTRO NOS PRONTUÁRIOS DE ATENDIMENTOS E A NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE EXPOSIÇÃO OU USO DE DROGAS OU ÁLCOOL, DE GESTANTES ATENDIDAS PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS E PRIVADOS NO MUNICÍPIO DE SANTOS, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

PAULO ALEXANDRE BARBOSA, Prefeito Municipal de Santos, faço saber que a Câmara Municipal aprovou em sessão realizada em 05 de dezembro de 2019 e eu sanciono e promulgo a seguinte:

LEI Nº 3.652

Art. 1º Os consultórios, clínicas, laboratórios, hospitais e outros serviços de saúde, públicos e privados, no Município de Santos, ficam obrigados a notificar a Secretaria Municipal de Saúde, os casos de gestantes em condição de exposição ou uso de drogas ou álcool, durante os atendimentos de pré-natal ou parto, bem como a proceder ao respectivo registro no prontuário e cartão do pré-natal.

§ 1º A notificação de que trata o "caput" deverá ser feita mesmo em caso de suspeita de exposição ou uso de drogas ou álcool pela gestante.

§ 2º Considera-se "suspeito", para fins de notificação, o caso de mulher grávida que, tendo sido exposta a drogas e álcool, apresente sinais ou sintomas, ou refira o uso de álcool ou drogas durante qualquer período da gestação ou no momento do parto.

Art. 2º A notificação à Secretaria Municipal de Saúde deverá ser feita no prazo de até 05 (cinco) úteis, contados a partir da data do atendimento.

Art. 3º A notificação deverá ser feita por meio da Ficha de Notificação que integra a presente lei como Anexo Único, e encaminhada ao órgão competente da Secretaria Municipal de Saúde, por meio físico ou digital.

Art. 4º O descumprimento do disposto nos artigos 1º a 3º desta lei sujeitará o infrator à penalidade de multa, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), aplicada em dobro em caso de reincidência.

Parágrafo único. Os valores das multas serão destinados ao Fundo Municipal de Saúde.

Art. 5º Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

Registre-se e publique-se.

Palácio "José Bonifácio", em 12 de dezembro de 2019.

PAULO ALEXANDRE BARBOSA
PREFEITO MUNICIPAL

Registrada no livro competente.

Departamento de Registro de Atos Oficiais do Gabinete do Prefeito Municipal, em 12 de dezembro de 2019.

THALITA FERNANDES VENTURA
CHEFE DO DEPARTAMENTO

ANEXO ÚNICO



ANEXO I

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FICHA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

No. _____

GESTAÇÃO COM USO ABUSIVO DE ÁLCOOL OU DROGAS

Caso suspeito: toda mulher grávida que, tendo sido exposta a drogas e bebidas alcoólicas, apresentando sinais e sintomas clínicos, ou referindo uso de álcool ou drogas durante qualquer período da gestação atual.

DADOS GERAIS

1. Agravado/Doença GESTAÇÃO COM USO ABUSIVO DE ÁLCOOL OU DROGAS		2. Data da Notificação / /
3. UF	4. Município de Notificação	
5. Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		6. Data dos Primeiros Sintomas / /

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

7. Nome do Paciente		8. Data de Nascimento / /	
9. (ou) Idade / /	10. Gestante 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade Gestacional Ignorada		11. Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarelo 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
12. Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª. Série Incompleta do EF (antigo primário ou 1º.Grau) 2 - 4ª. Série Completa do EF (antigo primário ou 1º.Grau) 3 - 5ª a 8ª Série do EF (antigo ginásio ou 1º.Grau) 4 - Ensino Fundamental Completo (antigo ginásio ou 1º.Grau) 5 - Ensino Médio Incompleto (antigo colegial ou 2º.Grau) 6 - Ensino Médio Completo (antigo colegial ou 2º.Grau) 7 - Educação Superior Incompleta 8 - Educação Superior Completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica			
Local de Estudo: _____			
13. Número do Cartão SUS		14. Nome da Mãe	

DADOS DE RESIDÊNCIA

15. UF	16. Município de Residência	17. Bairro	
18. Logradouro (Rua, Avenida, ...)			19. Número
20. Complemento (apto., casa...)		21. Ponto de Referência	
22. CEP	23. (DDD) Telefone residencial	24. (DDD) Telefone celular	
25. Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	26. País (se residente fora do Brasil)		

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

27. Data da Investigação	28. Ocupação		
29. Situação no Mercado de Trabalho 1 - Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 2 - Empregado não registrado 06 - Aposentado 10 - Trabalhador avulso 3 - Autônomo / Conta própria 07 - Desempregado 11 - Empregador 4 - Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 12 - Outros: _____ 99 - Ignorado			
30. Está fazendo Pré-Natal? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Se sim, qual a Unidade de Saúde?		
31. Faz uso de algum método contraceptivo? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Se sim, qual o método?		

DADOS DA EXPOSIÇÃO

32. Grupo do agente tóxico/classificação geral: Drogas de Abuso Álcool Ignorado Outro: _____

33. Agente Tóxico ou bebida alcoólica (informar até 3 agentes)

Nome comercial / popular:	Princípio Ativo:
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____

34. Circunstância da exposição/contaminação

01- Uso habitual	02 - Acidental	03 - Ambiental	04 - Uso terapêutico	05 - Prescrição médica inadequada	<input type="checkbox"/>
06 - Erro de administração	07 - Automedicação	08 - Abuso	10 - Tentativa de suicídio		
11 - Tentativa de aborto	12 - Violência/Homicídio	13 - Outra: _____		99 - Ignorado	

DADOS DO ATENDIMENTO

35. Tempo decorrido entre a Exposição e o Atendimento

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado
----------------------	----------------------	----------------------	---

36. Tipo de atendimento

1 - Hospitalar	2 - Ambulatorial	3 - Domiciliar	<input type="checkbox"/>
4 - Nenhum	9 - Ignorado		

37. Houve hospitalização?

1 - Hospitalar	2 - Não	<input type="checkbox"/>
9 - Ignorado		

38. Data da Internação

/	/	
---	---	--

39. UF

40. Município de hospitalização

41. Unidade de Saúde

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES

Observações: _____

Município/Unidade de Saúde

Nome

Assinatura e Carimbo