



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARILÂNDIA
Secretaria Municipal de Administração
Rua Angela Savergnini, 93 – Cep 29725-000 – Marilândia - ES
Telefone: (27) 3724-2964 – Fax: (27)3724-1098
E-mail: adminstracao@marilandia.es.gov.br

LEI Nº 1813, de 30 de setembro de 2025.

EMENTA: INSTITUI O PROGRAMA FARMÁCIA SOLIDÁRIA NO MUNICÍPIO DE MARILÂNDIA E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O Prefeito Municipal de Marilândia, Estado do Espírito Santo, faz saber que a Câmara Municipal, **Aprovou e Ele Sanciona** a seguinte **LEI**:

Art. 1º Fica instituído o Programa Farmácia Solidária no Município de Marilândia, com o objetivo de favorecer a população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Farmácia Básica Municipal, funcionando como serviço complementar, por meio da arrecadação, organização e distribuição gratuita de medicamentos em condições de uso, provenientes de doações da comunidade, de instituições da sociedade civil e de estabelecimentos de saúde.

§1º - Também poderão ser aceitas doações de medicamentos dentro do prazo de validade, realizadas por drogarias, distribuidoras, indústrias farmacêuticas, clínicas médicas e profissionais da saúde.

§2º - O Programa também dará destinação correta aos medicamentos vencidos ou sem condições de uso, conforme legislação sanitária e ambiental vigente.

Art. 2º - A Farmácia Solidária será organizada e gerenciada sob a supervisão da Secretaria Municipal de Saúde, devendo toda a operação ser realizada com responsabilidade técnica de um farmacêutico, obedecendo critérios rígidos de integridade, validade e qualidade.

Art. 3º - O Programa prevê a arrecadação, junto à população, de medicamentos armazenados em domicílios ou em outras instituições públicas ou privadas que não são mais necessários, desde que estejam dentro do prazo de validade estipulado pelo fabricante e em conformidade com as diretrizes desta lei.

§1º - A divulgação, orientação e recolhimento dos medicamentos poderão ser realizados com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde e/ou outros profissionais capacitados, sob a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde.

§2º - Os Agentes Comunitários de Saúde ou profissionais designados deverão preencher formulário (anexo I) ou sistema informatizado, fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde, contendo:

- I - nome do medicamento;
- II - validade;
- III - quantidade;
- IV - número do lote (quando possível);
- V - nome, data da doação e assinatura do doador e do recebedor.

§3º - O doador poderá se recusar a preencher a ficha de doação, cabendo ao profissional responsável pelo recebimento verificar cuidadosamente a integridade, validade e condições adequadas do medicamento e preencher a ficha.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARILÂNDIA****Secretaria Municipal de Administração**

Rua Angela Savergnini, 93 – Cep 29725-000 – Marilândia - ES
Telefone: (27) 3724-2964 – Fax: (27)3724-1098
E-mail: adminstracao@marilandia.es.gov.br

§4º - Fica vedado o recebimento de medicamentos manipulados, fracionados sem identificação, violados, com suspeita de fraude, sem prazo de validade, sem registro na Anvisa ou em condições físicas inadequadas.

§5º - As fichas de doação recebidas deverão ser devidamente arquivadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Art.4º - O Programa Farmácia Solidária terá como diretrizes:

- I - efetuar o recebimento de doações de medicamentos de pessoas físicas ou jurídicas;
- II - implantar o fluxograma de coleta, por meio da Secretaria Municipal de saúde;
- III - planejar, desenvolver e implementar boas práticas de recebimento, armazenamento, dispensação e descarte de medicamentos;
- IV - efetuar a triagem dos medicamentos doados ao Programa, observando o rígido controle de integridade física e prazo de validade;
- V - efetuar o descarte dos medicamentos vencidos ou que tenham a sua qualidade prejudicada, observando o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e as legislações pertinentes;
- VI - realizar o acondicionamento dos medicamentos recebidos em doação por nome (quando possível por princípio ativo), fabricante, validade, lote de fabricação, e registrar os dados do beneficiário e outras informações exigidas por Lei, que permita a rastreabilidade deles quando necessário;
- VII - manter o controle de qualidade e verificação do prazo de validade dos medicamentos, a ser realizados obrigatoriamente pelo profissional farmacêutico, podendo ser auxiliado por voluntários, estagiários estudantes de farmácia ou áreas afins;
- VIII - efetuar a dispensação gratuita de medicamentos doados, observadas as legislações federais e estaduais;
- IX - assegurar que as fichas das doações sejam armazenadas;
- X - organizar a estrutura administrativa, recursos humanos, materiais, equipamentos e outros recursos necessários para o funcionamento regular do Programa;
- XI - incentivar a participação da sociedade civil, organizações governamentais e não governamentais, nas ações do Programa Farmácia Solidária;
- XII - manter intercâmbio com outros municípios visando à manutenção e desenvolvimento do Programa mediante permuta de medicamentos;
- XIII - realizar campanhas institucionais de arrecadação de medicamentos junto a laboratórios, distribuidores de medicamentos, farmácias, profissionais da saúde e população em geral;
- XIV - realizar campanhas de conscientização da população sobre o uso racional de medicamentos,



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARILÂNDIA
Secretaria Municipal de Administração
Rua Angela Savergnini, 93 – Cep 29725-000 – Marilândia - ES
Telefone: (27) 3724-2964 – Fax: (27)3724-1098
E-mail: adminsitracao@marilandia.es.gov.br

armazenamento correto, importância da doação ao Programa dos medicamentos em desuso antes do vencimento;

XV - realizar campanhas de conscientização da população sobre a importância do descarte adequado de medicamentos vencidos e ou qualidade prejudicada;

XVI - efetuar o desenvolvimento de melhorias contínuas do Programa, visando o aprimoramento do sistema e benefícios aos usuários;

Art. 5º - Compete ao Município:

- I - organizar e coordenar a execução do Programa Farmácia Solidária;
- II - supervisionar a coleta, triagem, armazenamento e distribuição dos medicamentos doados;
- III - garantir que o processo esteja sob responsabilidade técnica de um farmacêutico;
- IV - capacitar os profissionais envolvidos;
- V - zelar pelo cumprimento das normas sanitárias aplicáveis;
- VI - firmar convênios com outros municípios, entidades filantrópicas, órgãos públicos e instituições privadas para apoio técnico, campanhas educativas e fortalecimento do Programa;
- VII - definir estratégias para coleta de doações;

Art. 6º - O beneficiário somente poderá retirar medicamentos mediante:

- I - apresentação de receita médica válida;
- II - documento de identidade;
- III - Cartão Nacional do SUS (CNS).

Art. 7º - Os medicamentos arrecadados deverão ser avaliados quanto à sua integridade, prazo de validade e condições de armazenamento, sendo vedada a doação de:

- I - medicamentos sem registro sanitário no país;
- II - medicamentos manipulados;
- III - medicamentos em embalagens violadas;
- IV - medicamentos vencidos ou sem prazo de validade legível.

Parágrafo único. Medicamentos vencidos, sem condições de uso e em desconformidade com as descrições desta lei, não poderão em hipótese alguma serem aproveitados e terão destinação correta, em conformidade com a legislação vigente.



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARILÂNDIA

Secretaria Municipal de Administração

Rua Angela Savergnini, 93 - Cep 29725-000 - Marilândia - ES
Telefone: (27) 3724-2964 - Fax: (27)3724-1098
E-mail: adminsitracao@marilandia.es.gov.br



Art. 8º - Todo beneficiário que retirar medicamentos do Programa Farmácia Solidária deverá ter seu nome, documento de identidade e Cartão Nacional de Saúde (CNS) registrados em sistema ou ficha de controle, os quais deverão ser devidamente arquivados pela Secretaria Municipal de Saúde, assegurando a rastreabilidade e a segurança da dispensação.

§1º - O registro deverá ser atualizado a cada nova retirada de medicamento pelo beneficiário.

§2º - Os dados arquivados serão utilizados exclusivamente para fins de controle e fiscalização do Programa, respeitando a legislação de proteção de dados pessoais.

Art. 9º - O Município poderá estabelecer parcerias para o transporte, acondicionamento, triagem e descarte de medicamentos impróprios para consumo.

Art. 10º - O Poder Executivo regulamentará a presente Lei, no que couber, para sua fiel execução.

Art. 11º -Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Registre-se. Publique-se. Cumpra-se.

Marilândia-ES, 30 de setembro de 2025

Assinado digitalmente por AUGUSTO
ASTORI FERREIRA:122.***.***-** Data:
30/09/2025 15:17:20

AUGUSTO ASTORI FERREIRA
Prefeito Municipal

Registrada na SEMADI
Na P.M.M.
Em,30/09/2025.

Assinado por GISELI ROSALINO DIAS TOZZI
073.***.***-**
MUNICÍPIO DE MARILÂNDIA
30/09/2025 16:22:13

Data Publicação

O PRESENTE ATO FOI FIXADO NESTA
PREFEITURA DE MARILÂNDIA - ES
EM, 30 / 09 / 20 25

SERVIDOR
Gerente de Administração
e Controle de Contratos
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARILÂNDIA

O PRESENTE ATO FOI AFIXADO NESTA
CÂMARA MUNICIPAL DE MARILÂNDIA
EM, 30 / 09 / 25

SERVIDOR

Fabiana Croskopp Bastos
Chefe do Setor Legislativo



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARILÂNDIA
Secretaria Municipal de Administração
Rua Angela Savergnini, 93 – Cep 29725-000 – Marilândia - ES
Telefone: (27) 3724-2964 – Fax: (27)3724-1098
E-mail: adminstracao@marilandia.es.gov.br

ANEXO I

FICHA DE DOAÇÃO DE MEDICAMENTOS – PROGRAMA FARMÁCIA SOLIDÁRIA

Nome do Doador: _____ Endereço: _____

Telefone para contato: _____

| NOME DO(S) MEDICAMENTO(S) | VALIDADE | QUANTIDADE | LOTE(se houver) |
|--------------------------------------|-----------------|-------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Declaro que os medicamentos acima foram armazenados adequadamente, não foram utilizados e estão dentro do prazo de validade.

Assinatura do Doador: _____ Data: __/__/__

Assinatura do Responsável pelo Recolhimento: _____

Vereadores: Vergilio Marcos Furlan Camata – Paulo Costa – Davi Loredo Felipe

ANEXO 1

FICHA DE DOAÇÃO DE MEDICAMENTOS -- PROGRAMA FARMÁCIA SOLIDÁRIA

Nome do Doador: _____ Estado: _____

Telefone para contato: _____

| Nome do(s) Medicamento(s) | VALIDADE | QUANTIDADE | LOTES (se houver) |
|---------------------------|----------|------------|-------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Declino por os medicamentos acima foram armazenados adequadamente, não foram utilizados e estão dentro do prazo de validade.

Assinatura do Doador: _____ Data: _____

Assinatura do Responsável pelo Recebimento: _____