



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS  
GABINETE DO PREFEITO**

Petrópolis, 11 de março de 2021.

**Ofício GP nº 278/2021**

Exmo. Sr. Presidente,

Encaminho à apreciação de Vossa Excelência e de Seus Ilustres Pares, o Projeto de Lei que **“Dispõe sobre a obrigatoriedade de notificação à Secretaria Municipal de Saúde de todos os resultados de testes diagnósticos para SARS-CoV-2 realizados por laboratórios da rede pública, rede privada, universitários e quaisquer outros, no Município de Petrópolis.”**

Solicito que a apreciação da matéria se dê em **regime de urgência especial**, nos termos do Artigo 61, §4º da Lei Orgânica Municipal – LOM.

Na oportunidade, reitero protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

**HINGO HAMMES**

Prefeito Interino

Exmo. Sr.

**FRED PROCÓPIO**

Presidente Interino da Câmara Municipal de Petrópolis



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS  
GABINETE DO PREFEITO**

LEI N°                                    de                                    de 2021.

**“EMENTA: DISPÕE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DE NOTIFICAÇÃO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE de todos os resultados de testes diagnósticos para SARS-CoV-2 realizados por laboratórios da rede pública, rede privada, universitários e quaisquer outros, no Município de Petrópolis.”**

A CÂMARA MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS DECRETOU E EU SANCIONO O SEGUINTE PROJETO DE LEI:

**Art. 1º.** É obrigatória a notificação à Secretaria Municipal de Saúde de todos os resultados de testes diagnósticos para detecção da COVID-19, realizados por laboratórios da rede pública, rede privada, universitários e quaisquer outros, no Município de Petrópolis.

§ 1º Para fins do disposto no caput, deverão ser notificados todos os resultados de testes diagnósticos realizados, sejam positivos, negativos, inconclusivos e correlatos, qualquer que seja a metodologia utilizada.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS  
GABINETE DO PREFEITO**

§ 2º A notificação deverá ser realizada no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas contado do resultado do teste, mediante o envio do resultado impresso à Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica.

§ 3º No caso de exames feitos por Laboratórios, Farmácias, Clínicas e Hospitais, estes deverão realizar a notificação e envio do laudo do exame no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas contado do resultado do teste.

§ 4º A notificação ficará a cargo dos gestores e responsáveis dos respectivos laboratórios e será fiscalizada pelo gestor de saúde local.

§ 5º Durante os feriados prolongados, finais de semana e quando estiver em bandeira vermelha, os prazos de notificação serão de 72 (setenta e duas) horas.

**Art. 2º.** Os laboratórios da rede pública, rede privada, universitários, hospitais, clínicas e quaisquer outros, deverão enviar, devidamente preenchida, a ficha do Anexo I desta lei, para a Secretaria Municipal de Saúde.

**Art. 3º.** A inobservância da lei acarretará multa no valor de 03 (três) UFEP'S, por ficha não preenchida ou lançamento não realizado, sem prejuízo de outras sanções previstas em lei.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS  
GABINETE DO PREFEITO**

**Art. 4º.** Esta Lei entra em vigor 15 (quinze) dias após a sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Gabinete do Prefeito de Petrópolis,

**HINGO HAMMES**

Prefeito Interino



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS  
GABINETE DO PREFEITO**

**JUSTIFICATIVA**

Encaminho à Vossa Excelência, para apreciação desta Egrégia Casa Legislativa, o incluso Projeto de Lei que “dispõe sobre a obrigatoriedade de notificação à Secretaria Municipal de Saúde de todos os resultados de testes diagnósticos para SARS-CoV-2 realizados por laboratórios da rede pública, rede privada, universitários e quaisquer outros, no Município de Petrópolis”, requerendo que seja o presente encaminhado em tramitação de URGÊNCIA ESPECIAL, diante das seguintes justificativas:

CONSIDERANDO a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pela Organização Mundial de Saúde – OMS em 30 de janeiro de 2020;

CONSIDERANDO o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e a Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), especialmente a obrigação de articulação dos gestores do SUS como competência do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV);



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS  
GABINETE DO PREFEITO**

CONSIDERANDO a Declaração do estado de transmissão comunitária do Coronavírus (covid-19) em todo território nacional pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 454, de 20 de março de 2020 e alterações;

CONSIDERANDO a Portaria nº 356/GM/MS, de 11 de março de 2020, para dispor sobre a obrigatoriedade de notificação ao Ministério da Saúde de todos os resultados de testes diagnósticos para SARS-CoV-2 realizados por laboratórios da rede pública, rede privada, universitários e quaisquer outros, em todo território nacional e alterações;

CONSIDERANDO a Declaração de estado de calamidade pública pelo Estado do Rio de Janeiro por meio do Decreto nº 46.984, de 20 de março de 2020 e alterações;

Entende-se que a aprovação do presente projeto é de extrema importância, haja vista que o Poder Executivo está concentrando todos os seus esforços no combate ao contágio do COVID-19, objetivando proteger e cuidar da população petropolitana.



GABINETE DO PREFEITO

## ANEXO I

### FICHA DE NOTIFICAÇÃO CORONAVIRUS (COVID19)

Unidade Notificadora: \_\_\_\_\_ Data da Notif.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Dt nasc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Data 1º Sintomas: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Nome social: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Mas. ( ) Fem. ( ) Ignorado

Nome da mãe \_\_\_\_\_

Cor/raça ( )branca ( )preta ( ) amarela ( ) parda ( ) indígena ( ) ignorado

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 à 8ª série incompleta 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

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Tel ( de preferência 02 números): Tel 1 - \_\_\_\_\_

Tel 2 - \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Foi solicitada internação para o paciente? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, para qual unidade? \_\_\_\_\_

Vacina do coronavírus? ( ) Sim ( ) Não - Data 1ª dose: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Data 2ª dose: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Reside com profissional de saúde: ( ) Sim ( ) Não

Paciente viajou nos últimos 30 dias? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, Local? \_\_\_\_\_

Data de ida: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Data de Retorno: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

É atendido por Estratégia de Saúde da Família? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, Qual ESF? \_\_\_\_\_

Está estudando de forma presencial? Se sim, Qual Unidade de Ensino? \_\_\_\_\_

**SINTOMAS:**

( ) tosse ( ) febre ( ) coriza ( ) cefaleia ( ) dor de garganta ( ) dispneia ( ) distúrbio olfativo  
( ) distúrbio gustativo ( ) diarreia ( ) assintomático ( ) outros \_\_\_\_\_

**COMORBIDADES:**

( ) DPOC descompensada ( ) Doenças cardíacas crônicas ( ) Diabetes ( ) Imunossupressão  
( ) Doenças renais crônicas em estágio avançado ( ) Gestante de baixo risco ( ) Gestante de alto  
risco ( ) Puérpera até 45 dias do parto ( ) Obesidade ( ) SEM COMORBIDADES  
( ) Portador de doenças cromossômicas ( ) Outros \_\_\_\_\_

**ESTADO DO TESTE**

( ) Não Realizado  
( ) Coletado – Se sim, data da coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
( ) teste rápido – anticorpo ( ) teste sorológico ( ) teste rápido - antígeno ( ) RT PCR

**RESULTADO DO TESTE :**

( ) Positivo ( ) Negativo ( ) Inconclusivo

**EVOLUÇÃO DO CASO:**

( ) Ignorado ( ) Recuperado ( ) Internado ( ) Óbito

**CLASSIFICAÇÃO FINAL:**

( ) Confirmado laboratorial ( ) Confirmado clínico-epidemiológico ( ) Confirmado por critério clínico  
( ) Confirmado por critério imagem ( ) Síndrome gripal não especificada ( ) descartado

Nº do SINAN (caso necessário) : \_\_\_\_\_

Assinatura do notificador: \_\_\_\_\_

(Preenchimento Vigilância Epidemiológica)

Número do ESUS NOTIFICA: \_\_\_\_\_ Data de encerramento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_