



Administrativos e Legislativos, da Secretaria Municipal de Relações Institucionais e Gabinete Civil, data supra.

Natália Amanda Polizeli Rodrigues
Chefe de Departamento

LEI Nº 7 412, de 7 de abril de 2026

(DISPÕE SOBRE A DENOMINAÇÃO DA RUA JOSÉ ROBERTO DOS SANTOS, LOCALIZADA NO LOTEAMENTO JARDIM VIVENDAS II)

FAÇO SABER QUE A CÂMARA MUNICIPAL DE VOTUPORANGA APROVOU E EU NOS TERMOS DO ARTIGO 56, INCISO III, DA LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO, SANCIONO E PROMULGO A SEGUINTE LEI:

Art. 1º Passa a denominar-se RUA JOSÉ ROBERTO DOS SANTOS a atual Rua Projetada 3, localizada no Loteamento Jardim Vivendas II, registrado no Cartório de Registro de Imóveis e Anexos sob a Matrícula nº 62.557, nesta cidade.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Paço Municipal “Dr. Tancredo de Almeida Neves”, 7 de abril de 2026.

Jorge Augusto Seba
Prefeito Municipal
Edison Marco Caporalin
Secretário Municipal de Relações Institucionais e Gabinete Civil

Publicada e registrada no Departamento de Atos Administrativos e Legislativos da Secretaria Municipal de Relações Institucionais e Gabinete Civil, data supra.

Natália Amanda Polizeli Rodrigues
Chefe do Departamento

Esta Lei originou-se do Projeto de Lei nº 34/2026, de autoria da vereadora Débora Romani.

LEI Nº 7 413, de 7 de abril de 2026

(DISPÕE SOBRE A DENOMINAÇÃO DA RUA FRANCISCO MARTINS JOAQUIM, LOCALIZADA NO LOTEAMENTO PARQUE ESPLANADA)

FAÇO SABER QUE A CÂMARA MUNICIPAL DE VOTUPORANGA APROVOU E EU NOS TERMOS DO ARTIGO 56, INCISO III, DA LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO, SANCIONO E PROMULGO A SEGUINTE LEI:

Art. 1º Passa a denominar-se RUA FRANCISCO MARTINS JOAQUIM, a atual Rua Projetada 2, localizada no Loteamento Parque Esplanada, registrado no Cartório de Registro de Imóveis e Anexos sob a Matrícula nº 77.809, nesta cidade.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Paço Municipal “Dr. Tancredo de Almeida Neves”, 7 de

abril de 2026.

Jorge Augusto Seba
Prefeito Municipal
Edison Marco Caporalin
Secretário Municipal de Relações Institucionais e Gabinete Civil

Publicada e registrada no Departamento de Atos Administrativos e Legislativos da Secretaria Municipal de Relações Institucionais e Gabinete Civil, data supra.

Natália Amanda Polizeli Rodrigues
Chefe do Departamento

Esta Lei originou-se do Projeto de Lei nº 23/2026, de autoria da vereadora Débora Romani e sofreu Emenda da Comissão de Justiça e Redação da Câmara Municipal.

Vetos

MENSAGEM Nº 34, de 07 de abril de 2026
AUTÓGRAFO Nº 25, de 17 de março de 2026

Senhor Presidente,

Com fundamento no inciso IV, do artigo 56, da Lei Orgânica do Município, comunico a Vossa Excelência e a esta Augusta Casa que veto totalmente o Projeto de Lei nº 196/2025 que “dispõe sobre a distribuição de sensor medidor contínuo de glicose pela rede municipal de saúde para crianças entre 2 a 12 anos portadoras de diabetes mellitus tipo 1, cujos pais ou responsáveis esteja, inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais - CADÚNICO”, com fundamento nos aspectos técnicos e jurídicos, a seguir exposto:

1) DOS ASPECTOS TÉCNICOS:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturado com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, sendo a assistência terapêutica organizada por meio de políticas públicas pactuadas nas esferas federal, estadual e municipal, com definição de protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e listas padronizadas de medicamentos e insumos. A Constituição Federal estabelece, em seu art. 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços. Nos termos dos artigos 197 e 198 da Constituição, as ações e serviços de saúde são organizados em sistema único, estruturado com base na descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

A Lei nº 8.080/1990 dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, estabelecendo:

- Assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT);
- Listas oficiais de medicamentos padronizados (RENAME);
- Avaliação de eficácia, segurança, custo-efetividade e impacto orçamentário.



- Princípios da universalidade, integralidade, equidade e racionalidade;

- Necessidade de avaliação técnica para incorporação de tecnologias.

A incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde no SUS é de competência da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), conforme estabelecido pela Lei nº 12.401/2011.

A implementação e execução dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) ocorre de forma tripartite, envolvendo responsabilidades compartilhadas entre União, Estados e Municípios, conforme estabelecido pela legislação do SUS e pelas normas da assistência farmacêutica.

No âmbito da assistência às pessoas com diabetes mellitus, o SUS já garante, de forma padronizada, o fornecimento de insumos essenciais, tais como glicosímetros, tiras reagentes, lancetas e insulinas, conforme diretrizes nacionais e organização da Assistência Farmacêutica.

O sensor de monitoramento contínuo de glicose (CGM), objeto do presente projeto, não integra, até o presente momento, a lista de tecnologias incorporadas de forma universal no SUS, dependendo sua eventual oferta de avaliação técnico-científica e econômico-financeira.

A incorporação de novas tecnologias no SUS segue critérios estabelecidos de eficácia, segurança, custo-efetividade e impacto orçamentário.

Embora o sensor de monitoramento contínuo de glicose represente avanço tecnológico relevante, trata-se de dispositivo de alto custo, cuja utilização não constitui padrão assistencial obrigatório na atenção primária à saúde, podendo ser indicado em situações clínicas específicas, mediante avaliação especializada.

Notas técnicas do Ministério da Saúde orientam que a incorporação de tecnologias deve ser precedida de avaliação técnica e planejamento financeiro, evitando adoção de insumos não padronizados sem respaldo institucional.

A implementação indiscriminada da tecnologia, sem definição de critérios clínicos detalhados e sem análise de custo-efetividade, pode comprometer a organização da rede assistencial e gerar distorções na alocação de recursos públicos.

O fornecimento de medicamentos e insumos para pessoas com diabetes mellitus no SUS é regulamentado por um conjunto de normas nacionais, dentre as quais destacam-se:

- Lei nº 11.347/2006 – Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e monitoramento da glicemia capilar;

- Portaria nº 2.583/2007 – Define o elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo SUS às pessoas com diabetes mellitus, incluindo: insulinas; seringas e agulhas; tiras reagentes; lancetas; glicosímetros

para medição de glicemia capilar.

- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) – Estabelece os medicamentos e insumos padronizados no SUS;

- Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Diabetes Mellitus – orientam o tratamento e o fornecimento de insumos com base em evidências científicas;

- Diretrizes da Assistência Farmacêutica no SUS – que organizam o acesso aos insumos de forma racional e padronizada.

Importante destacar que o sensor de monitoramento contínuo de glicose não integra o elenco padronizado nacional, não estando previsto nas normativas vigentes como insumo de fornecimento universal.

O Projeto de Lei não apresenta estimativa de impacto financeiro, tampouco define fonte de custeio específica para a execução da medida proposta.

Para fins de análise preliminar, considerando valores médios de mercado do sistema de monitoramento contínuo de glicose do tipo FreeStyle Libre, tem-se:

- Leitor (aquisição inicial): aproximadamente R\$ 260,00 por paciente;

- Sensor: aproximadamente R\$ 350,00 por unidade, com duração média de 14 dias;

Dessa forma, cada paciente demandaria, em média: 25 sensores/ano: R\$ 8.750,00/ano Leitor (custo inicial): R\$ 260,00.

- Custo estimado anual por paciente: R\$ 9.010,00

A título exemplificativo, esta seria uma estimativa para os seguintes cenários:

10 pacientes: R\$ 90.100,00/ano

20 pacientes: R\$ 180.200,00/ano

50 pacientes: R\$ 450.500,00/ano

Ressalta-se que tais valores são estimativas conservadoras, podendo ser superiores conforme variações de mercado, perdas técnicas, substituições e custos logísticos.

Diante disso, verifica-se que a implementação da proposta implicaria impacto financeiro relevante e contínuo, sem que haja previsão orçamentária específica ou estudo de viabilidade econômica, o que pode comprometer o equilíbrio das contas públicas e a manutenção de outras ações prioritárias em saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o eixo estruturante do SUS, devendo operar com tecnologias apropriadas ao seu nível de complexidade e com foco no cuidado longitudinal e na educação em saúde.

O manejo do diabetes mellitus na APS é efetivo quando baseado em acompanhamento contínuo, educação em saúde, monitoramento glicêmico convencional e uso racional de insumos padronizados.

A introdução de tecnologia de maior complexidade, como o sensor contínuo, sem integração a protocolos clínicos e fluxos assistenciais definidos, pode gerar



fragmentação do cuidado e dificultar a gestão da linha de atenção.

O projeto estabelece como critérios de acesso a faixa etária (2 a 12 anos) e a condição socioeconômica (CadÚnico), sem definição de parâmetros clínicos objetivos.

Contudo, cumpre destacar que o diabetes mellitus tipo 1 é uma condição crônica, sem perspectiva de cura, que demanda acompanhamento e monitoramento contínuos ao longo de toda a vida do paciente.

Nesse contexto, a limitação etária proposta revela-se tecnicamente inadequada, pois implica que, ao completar 13 anos, o paciente deixará de atender ao critério legal, ocasionando a interrupção abrupta do fornecimento do insumo, sem que haja modificação em sua condição clínica.

Tal descontinuidade contraria o princípio da integralidade do cuidado; compromete a continuidade terapêutica; pode gerar agravamento do controle glicêmico; cria desigualdade assistencial baseada exclusivamente em critério etário.

Adicionalmente, a ausência de critérios clínicos associados (como controle glicêmico, hipoglicemias recorrentes, indicação médica especializada) fragiliza a política sob o ponto de vista técnico e assistencial.

Portanto, embora o projeto utilize como critério de elegibilidade a inscrição no CadÚnico, a restrição exclusivamente socioeconômica, dissociada de critérios clínicos objetivos e protocolos assistenciais, pode gerar distorções no acesso e comprometer o princípio da equidade, que deve considerar simultaneamente a necessidade em saúde e o risco clínico.

Diante todo o exposto, o presente Projeto de Lei não deve ser sancionado, pelos seguintes fundamentos: incompatibilidade com as normativas nacionais do SUS para fornecimento de insumos de diabetes; ausência de previsão do sensor contínuo nas portarias e diretrizes vigentes; inexistência de avaliação pela CONITEC; desalinhamento com notas técnicas do Ministério da Saúde; risco apontado por órgãos de controle quanto à adoção de tecnologias sem planejamento; impacto financeiro elevado e contínuo do município, visto que não haverá contrapartida estadual e federal; inadequação à organização da Atenção Primária à Saúde.

2) DOS ASPECTOS JURÍDICOS:

A matéria veiculada no projeto insere-se, em tese, no campo da proteção à saúde, direito social assegurado pelos arts. 6º e 196 da Constituição Federal, sendo de competência comum dos entes federativos (art. 23, II) e de competência legislativa concorrente (art. 24, XII), cabendo aos Municípios legislar sobre assuntos de interesse local e suplementar a legislação federal e estadual no que couber (art. 30, I e II).

Todavia, a juridicidade da proposição não se esgota na verificação da competência material, impondo-se o exame de sua compatibilidade com a repartição constitucional de

funções entre os Poderes e com o regime orçamentário-financeiro, bem como com os limites da atuação legislativa em matéria de políticas públicas, especialmente quando envolvida a prestação direta de serviços públicos.

Verifica-se que o projeto em questão não se limita a instituir diretrizes genéricas, campanhas informativas ou programas de incentivo, mas estabelece verdadeira política pública de saúde com prestação material direta, consistente no fornecimento de tecnologia médica específica, de forma contínua, pela rede municipal.

Trata-se, portanto, de norma que impõe obrigação concreta de fazer ao Poder Executivo, com impacto direto na organização, estruturação e execução dos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde municipal, circunstância que afasta sua caracterização como simples norma programática.

A proposição é de iniciativa parlamentar, porém cria obrigação específica de prestação de serviço público de saúde, interferindo diretamente na esfera de atuação administrativa do Poder Executivo.

Embora o Supremo Tribunal Federal, ao julgar o Tema 917 da repercussão geral, tenha admitido a constitucionalidade de leis de iniciativa parlamentar que gerem despesa, tal entendimento não se aplica indistintamente a todas as hipóteses, sendo necessário distinguir entre normas de conteúdo geral e aquelas que impõem execução concreta de políticas públicas.

No caso em tela, a lei não se limita a estabelecer diretrizes, mas determina a implementação de prestação material específica, com definição de público-alvo, insumo e forma de execução, o que caracteriza ingerência indevida na gestão administrativa, em afronta ao art. 61, §1º, II, da Constituição Federal e ao princípio da separação dos poderes.

A proposição institui obrigação de fornecimento contínuo de insumo médico, o que implica criação de despesa pública obrigatória e de caráter permanente, sem que haja qualquer estimativa do impacto orçamentário-financeiro, indicação de fonte de custeio ou demonstração de compatibilidade com as leis orçamentárias vigentes.

A previsão genérica constante do texto legal, no sentido de que as despesas correrão por conta de dotações próprias, suplementadas se necessário, não atende às exigências constitucionais e legais, notadamente aquelas previstas no art. 113 do ADCT e nos arts. 15, 16 e 17 da Lei de Responsabilidade Fiscal, que condicionam a criação de despesa à prévia estimativa de impacto e à indicação das correspondentes fontes de financiamento.

A manifestação da Secretaria Municipal da Saúde, revela, de forma expressa e fundamentada, que a implementação da medida prevista no projeto de lei não se limita à simples aquisição e distribuição de insumos, mas envolve a estruturação de política pública complexa, com impactos relevantes de ordem assistencial, logística e financeira.

Do ponto de vista técnico, o fornecimento de sensores



de monitoramento contínuo de glicose exige não apenas a disponibilização do equipamento ao paciente, mas também a existência de estrutura assistencial adequada para acompanhamento clínico contínuo, com profissionais capacitados para interpretação dos dados gerados pelos dispositivos, definição de condutas terapêuticas individualizadas e monitoramento permanente dos usuários, demandando integração com protocolos clínicos específicos no âmbito da rede municipal de saúde.

Sob o aspecto logístico, trata-se de insumo de uso contínuo, com necessidade de reposição periódica, organização de cadeia de suprimentos, armazenamento adequado e distribuição regular, o que evidencia a natureza permanente e estruturante da despesa envolvida.

No que se refere ao impacto financeiro, a Secretaria Municipal de Saúde apresentou estimativa baseada em valores médios de mercado, indicando que o custo de aquisição inicial do leitor é de aproximadamente R\$ 260,00 por paciente, ao passo que cada sensor possui custo médio de R\$ 350,00, com duração aproximada de 14 dias.

A partir desses dados, infere-se que cada paciente demandaria, em média, dois sensores por mês, o que representa um custo mensal aproximado de R\$ 700,00 por beneficiário e, conseqüentemente, um custo anual estimado de R\$ 8.400,00 por paciente, sem considerar despesas adicionais com acompanhamento clínico, logística e gestão do programa.

Tal cenário evidencia que a implementação da medida, nos termos propostos, implica assunção de despesa pública relevante, de caráter contínuo e crescente, cuja dimensão financeira dependerá diretamente do número de pacientes elegíveis, podendo gerar impacto significativo no orçamento municipal da saúde.

Ademais, a Secretaria Municipal de Saúde destaca que a incorporação indiscriminada da tecnologia, sem critérios clínicos detalhados, análise de custo-efetividade e planejamento prévio, pode comprometer a organização da rede assistencial e gerar distorções na alocação de recursos públicos, sobretudo diante do fato de que o referido insumo não integra o elenco padronizado de fornecimento do Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, resta evidenciado que a proposição legislativa, ao impor a implementação imediata da medida sem a correspondente estruturação técnica e previsão orçamentária compatível, desconsidera as limitações operacionais e financeiras da rede municipal de saúde, revelando-se, sob o ponto de vista técnico-administrativo, inviável nos moldes em que apresentada.

A jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, constante dos autos, revela-se particularmente relevante para a análise da presente proposição. Em julgamento de ação direta de inconstitucionalidade envolvendo lei municipal de conteúdo análogo — consistente na autorização de fornecimento gratuito de sensores de monitoramento de glicemia — o Tribunal assentou que é possível a instituição de políticas públicas

por iniciativa legislativa, desde que não haja interferência direta na esfera de execução administrativa nem imposição de encargos orçamentários ao Poder Executivo.

Naquele caso, reconheceu-se a constitucionalidade da norma em sua dimensão programática, mas foram declarados inconstitucionais os dispositivos que implicavam impacto direto na gestão orçamentária, por violação à competência privativa do Chefe do Executivo para iniciativa de leis de natureza financeira e administrativa.

Tal entendimento, longe de amparar a validade da presente proposição, reforça sua incompatibilidade com a ordem constitucional, na medida em que o Projeto de Lei nº 196/2025 não se limita à fixação de diretrizes gerais, mas impõe obrigação concreta de fornecimento de insumo específico, com impacto financeiro direto, contínuo e relevante, interferindo na organização e execução das políticas públicas de saúde no âmbito municipal.

Dessa forma, a hipótese em questão situa-se precisamente no campo de inconstitucionalidade delimitado pela jurisprudência do Tribunal de Justiça, evidenciando a impossibilidade de sua sanção.

Assim, o Projeto de Lei nº 196/2025 não reúne condições de regularidade jurídica para sua sanção, porquanto padece de inconstitucionalidade formal, decorrente de vício de iniciativa, e de inconstitucionalidade material, em razão da criação de despesa pública obrigatória sem observância das exigências constitucionais e legais, além de implicar indevida interferência na organização e execução das políticas públicas de saúde, em desconformidade com a separação dos poderes e com os limites da atuação legislativa.

São estas, Senhor Presidente, as razões que me levaram a vetar totalmente o Projeto de Lei nº 196/2025, as quais ora submeto à elevada apreciação dos Senhores Membros da Câmara Municipal.

Reitero a Vossa Excelência os protestos do mais alto apreço e distinta consideração.

Jorge Augusto Seba
Prefeito Municipal

Excelentíssimo Senhor

DANIEL DAVID

Presidente da Câmara Municipal de

VOTUPORANGA-SP.

Decretos

DECRETO Nº 20 283, de 07 de abril de 2026

(Dispõe sobre a readaptação da servidora Patricia de Souza Carneiro Bandeca, PEB I)

JORGE AUGUSTO SEBA, Prefeito do Município de Votuporanga, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais,

DECRETA:

Art. 1º Fica readaptada a servidora pública municipal