

# **MANUAL DE BOAS PRÁTICAS FARMACÊUTICAS**

SENGÉS, 2025

A Assistência Farmacêutica constitui uma política pública inserida no Sistema Único de Saúde - SUS, voltada para a garantia de acesso e do uso racional de medicamentos necessários à assistência integral à saúde. Caracteriza-se como “um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando sempre o acesso e uso racional”. Esse conjunto é formado pela seleção, programação, aquisição, distribuição, prescrição, dispensação, controle de qualidade dos produtos, serviços, acompanhamento farmacoterapêutico e avaliação do uso, visando obter resultados ótimos e consequentemente a melhoria da qualidade de vida da comunidade.

No município de Sengés, a AF está estruturada fisicamente na Central de Abastecimento Farmacêutico, alocada juntamente com a Farmácia Municipal, localizada no centro da área urbana da cidade. Na área rural, a AF está presente em todos os bairros: Ouro Verde, Santo Antônio, Caçador, Pinhalzinho, Rio Claro, São Domingos, Palmeirinha, Alves e Reianópolis.

A Central de Abastecimento Farmacêutico é responsável pela maioria das etapas da Assistência Farmacêutica: Programação, Aquisição, Recebimento, Armazenamento e Distribuição.

A etapa de Seleção é realizada pelo farmacêutico responsável pela Assistência Farmacêutica no município em conjunto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica Municipal, equipe multidisciplinar responsável por discutir, elaborar e atualizar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), ou seja, o elenco ou lista de medicamentos que serão comprados e dispensados à população, necessários ao atendimento dos agravos de saúde.

A etapa de Dispensação é realizada na Farmácia Municipal e nas Farmácias internas aos Postos de Saúde da área rural, em estrutura fixa. Os pacientes consultam e já retiram os medicamentos no mesmo momento, devido à distância da área urbana. Exceto medicamentos controlados, estratégicos e especializados, os quais ficam alocados todos na Farmácia Municipal central.

# **PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO**

SENGÉS, 2025

<b>HIGIENE PESSOAL E CONDUTA</b>	<b>DOC. Nº</b> 0001/25  <b>PÁGINA</b> 01/02
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>	
<b>ELABORADO POR:</b> Gisela Huren Medeiros	Ass.:
<b>APROVADO POR:</b> Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:
<b>APROVADO POR:</b> Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:
<b>PROX. REVISÃO:</b> Janeiro/2026	
<b>1. OBJETIVO</b>	
Padronizar as normas relativas aos cuidados pessoais e precauções universais.	
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>	
Caroline Vilcher Gouveia (Farmacêutica) Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica) Mariana Marcondes Pinheiro (Farmacêutica) Ana Caroline de Mello Santos (Atendente de Farmácia) Andreia Maria de Oliveira Werneck (Agente Comunitário de Saúde) Eloina de Jesus Lopes Oliveira (Atendente de Farmácia) Nathaly Dias Novaes de Almeida (Estagiária) Josete Ferreira Paz de Souza (Zeladora)	
<b>3. MÉTODO</b>	
<p><b><u>Cuidados pessoais</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter unhas curtas e as mãos limpas.</li> <li>• Manter a higiene pessoal.</li> <li>• Usar roupas adequadas e confortáveis</li> <li>• É necessário o uso de jaleco e máscara cirúrgica.</li> <li>• Seguir as precauções especiais quando recomendadas.</li> <li>• Não é permitido comer, beber ou fumar nas dependências da Farmácia.</li> <li>• Alimentar-se exclusivamente na cozinha.</li> <li>• Ser discreto e respeitoso com os pacientes e colegas de trabalho.</li> </ul> <p><b><u>Precauções universais</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Limpeza das mãos</b></li> </ul> <p>Realizar a lavagem das mãos sempre que necessário de acordo com o Procedimento Operacional Padrão nº 02/25. Passar álcool 70% em gel após atender cada paciente e conforme necessidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Lesões de pele</b></li> </ul> <p>Profissionais de saúde portadores de lesão de pele devem evitar o contato direto com pacientes, principalmente em situações de risco de exposição a sangue ou outros fluidos corporais, bem como evitar o contato com equipamentos contaminados, até que a lesão tenha desaparecido.</p>	

- **Cuidados com o ambiente, ordem e limpeza**

Manter o ambiente de trabalho limpo, seguro e agradável, prevenir acidentes e obter a máxima eficiência no trabalho.

#### **Regras para manter a ordem**

- Remover dos ambientes todo o material desnecessário.
- Manter devidamente acondicionados todos os materiais necessários.
- Cuidar dos equipamentos evitando quebras, desperdícios e uso inadequado.
- Manter organizado o fluxo de pessoal e de pacientes.
- Manter os ambientes bem iluminados e arejados.

#### **Regras para manter a limpeza**

- A limpeza de toda a Farmácia deve ser diária, ou sempre que houver necessidade.
- A limpeza do ambiente deve ser sempre úmida, utilizando-se pano umedecido em água e sabão, para a limpeza comum de pisos, paredes e superfícies.
  - O álcool a 70% deve ser utilizado após a limpeza com água e sabão para a desinfecção de superfícies tais como balcão e prateleiras. Nas superfícies não laváveis proceder à limpeza somente com álcool 70%. Umedecer um pano limpo com álcool 70 % e realizar fricção com movimentos ordenados em apenas um sentido, abrangendo toda a superfície em questão.
    - A limpeza das bancadas deve ser feita no início do expediente, em cada período e sempre que for necessário, utilizando Álcool 70% e um pano seco e limpo, fazendo fricção em toda a superfície com movimentos ordenados em apenas um sentido.
    - A limpeza das prateleiras deve ser feita a cada 7 (sete) dias ou quando houver necessidade.
    - Recolher o material de limpeza utilizado e guardá-lo em local apropriado.

### **4. APLICAÇÃO INTERNA**

Todos os setores da Farmácia.

### **5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS**

Repetir a higienização do balcão de atendimento sempre que possível. Evitar o uso comum de objetos.

### **6. MATERIAIS UTILIZADOS**

Balde, rodo, papel toalha, EPIs, panos limpos, água, sabão, álcool 70% e solução degermante.

### **7. DOCUMENTOS**

Não há itens relacionados.

### **8. DEFINIÇÕES**

Não há itens relacionados.

<b>LAVAGEM DAS MÃOS</b>	<b>DOC. Nº</b> 0002/25
	<b>PÁGINA</b> 01/02
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>	
<b>ELABORADO POR:</b> Gisela Huren Medeiros	Ass.:
<b>APROVADO POR:</b> Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:
<b>APROVADO POR:</b> Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:
	<b>PROX. REVISÃO:</b> Janeiro/2026
<b>1. OBJETIVO</b>	
<p>Padronizar as normas relativas à lavagem correta das mãos. Remover sujidade, suor e oleosidade assim como, a remover a flora microbiana transitória da camada mais superficial da pele, evitando infecção cruzada entre os (pacientes), assim como entre pacientes e profissionais da saúde.</p>	
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>	
Caroline Vilcher Gouveia (Farmacêutica) Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica) Mariana Marcondes Pinheiro (Farmacêutica) Ana Caroline de Mello Santos (Atendente de Farmácia) Andreia Maria de Oliveira Werneck (Agente Comunitário de Saúde) Eloina de Jesus Lopes Oliveira (Atendente de Farmácia) Nathaly Dias Novaes de Almeida (Estagiária) Josete Ferreira Paz de Souza (Zeladora)	
<b>3. MÉTODO</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abrir a torneira, molhar as mãos e colocar o sabão líquido (+ ou – 2 ml).</li> <li>• Ensaboar e friccionar as mãos durante 30 a 60 segundos, em todas as suas faces, espaços interdigitais, articulações, unhas e pontas dos dedos. É importante estabelecer uma seqüência a ser seguida, assim a lavagem completa das mãos ocorre automaticamente.           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enxaguar as mãos retirando toda a espuma e resíduos de sabão.</li> <li>• Enxugar as mãos com papel toalha.</li> <li>• Fechar a torneira com papel toalha, evitando assim recontaminar as mãos.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b>	
Todos os setores da Farmácia.	
<b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b>	
Repetir a higienização das mãos sempre que necessário.	
<b>6. MATERIAIS UTILIZADOS</b>	
Papel toalha descartável, sabão líquido.	

**7. DOCUMENTOS**

Não há itens relacionados.

**8. DEFINIÇÕES**

Não há itens relacionados.

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES E AMBIENTES		DOC. Nº 0003/25
		PÁGINA 01/02
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>		
ELABORADO POR: Gisela Huren Medeiros	Ass.:	PROX. REVISÃO: Janeiro/2026
APROVADO POR: Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:	
APROVADO POR: Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:	
<b>1. OBJETIVO</b>		
Padronizar a limpeza de superfícies e ambientes eliminando possíveis fontes de infecção.		
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>		
Caroline Vilcher Gouveia (Farmacêutica) Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica) Mariana Marcondes Pinheiro (Farmacêutica) Ana Caroline de Mello Santos (Atendente de Farmácia) Andreia Maria de Oliveira Werneck (Agente Comunitário de Saúde) Eloina de Jesus Lopes Oliveira (Atendente de Farmácia) Nathaly Dias Novaes de Almeida (Estagiária) Josete Ferreira Paz de Souza (Zeladora)		
<b>3. MÉTODO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• As superfícies deverão ser limpas antes do início das atividades no período da manhã e da tarde, ou ainda sempre que apresentarem sujidade;</li> <li>• Vestir os equipamentos de proteção individual como luvas, avental e botas, de acordo com a necessidade;</li> <li>• A limpeza deve ser sempre úmida, utilizando-se de pano umedecido com água e sabão, lavando o pano em água corrente sempre que necessário; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Na presença de matéria orgânica, retirá-la com papel toalha e desprezá-lo em lixo contaminado, antecedendo a limpeza;</li> <li>• Após a limpeza, deve-se umedecer um pano limpo com álcool 70% e realizar movimentos em apenas um sentido, abrangendo toda a superfície para desinfecção;</li> <li>• Os ambientes são limpos três vezes por semana ou sempre que apresentar sujidade. Deve-se passar um pano úmido para retirar os resíduos sólidos e após fazer a limpeza com solução degermante.</li> <li>• Guardar os materiais no DML (Depósito de Material de Limpeza).</li> </ul> </li> </ul>		
<b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b>		
Todos os setores da Farmácia.		
<b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repetir a higienização do balcão de atendimento sempre que possível. Evitar o uso comum de objetos.</li> <li>• A limpeza das bancadas deve ser feita no início do expediente, em cada período e sempre que for necessário, utilizando Álcool 70% e um pano seco e limpo, fazendo fricção em toda a superfície com movimentos ordenados em apenas um sentido.</li> <li>• A limpeza das prateleiras deve ser feita a cada 7 (sete) dias ou quando houver necessidade.</li> <li>• Recolher o material de limpeza utilizado e guardá-lo em local apropriado.</li> </ul>		

**6. MATERIAIS UTILIZADOS**

Balde, rodo, papel toalha, EPIs, panos limpos, água, sabão, álcool 70% e solução degermante.

**7. DOCUMENTOS**

Não há itens relacionados.

**8. DEFINIÇÕES**

Não há itens relacionados.

<b>AFERIÇÃO DA TEMPERATURA E UMIDADE DO AMBIENTE</b>	<b>DOC. Nº</b> 0004/25  <b>PÁGINA</b> 01/02
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>	
<b>ELABORADO POR:</b> Gisela Huren Medeiros	Ass.:
<b>APROVADO POR:</b> Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:
<b>APROVADO POR:</b> Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:
<b>PROX. REVISÃO:</b> Janeiro/2026	
<b>1. OBJETIVO</b>	
Padronizar as leituras da temperatura máxima, mínima e momentânea do ambiente e umidade relativa do ar.	
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>	
Caroline Vilcher Gouveia (Farmacêutica) Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica) Mariana Marcondes Pinheiro (Farmacêutica) Ana Caroline de Mello Santos (Atendente de Farmácia) Andreia Maria de Oliveira Werneck (Agente Comunitário de Saúde) Eloina de Jesus Lopes Oliveira (Atendente de Farmácia) Nathaly Dias Novaes de Almeida (Estagiária)	
<b>3. MÉTODO</b>	
Verificar a temperatura máxima, mínima, momentânea e a umidade relativa do ar e anotar na planilha específica.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Temperatura Mínima:</b> Pressionar uma vez o botão MAX/MIN onde aparecerá no canto inferior esquerdo do visor a palavra MIN. Anotar o valor correspondente na planilha específica de controle da temperatura do ambiente.</li> <li>• <b>Temperatura Máxima:</b> Pressionar mais uma vez o botão MAX/MIN onde aparecerá no canto inferior esquerdo do visor a palavra MAX. Anotar o valor correspondente na planilha específica de controle da temperatura e umidade do ambiente.</li> <li>• <b>Temperatura do Momento:</b> Pressionar novamente o botão MAX/MIN onde retornará à temperatura do ambiente. Anotar o valor correspondente na planilha específica de controle da temperatura e umidade do ambiente.</li> <li>• <b>Umidade relativa do ar:</b> Após verificar a temperatura momentânea, verificar a umidade relativa do ar expressa em porcentagem (%). Anotar o valor correspondente na planilha específica de controle da temperatura e umidade do ambiente.</li> <li>• <b>Apagar os Registros Anteriores:</b> Pressionar o botão RESET para apagar da memória os registros anteriores e ficar apto para nova leitura.</li> </ul>	
<b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b>	
Setor de dispensação de medicamentos e Estoque de Medicamentos.	
<b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b>	

O Termohigrômetro possui um cabo de 50 cm e, na sua extremidade, um sensor (Bulbo) que faz a leitura da temperatura e umidade relativa do ar. Deve-se cuidar para não danificar o cabo do instrumento. Atentar para a vida útil do instrumento, visto que ele é mantido à pilha.

Substituir a planilha de controle de temperaturas e umidade no primeiro dia útil de cada mês. Arquivar a planilha do mês anterior totalmente e adequadamente preenchida.

Anotar toda e qualquer intercorrência que houver durante o mês na planilha. Exemplo: falha no funcionamento dos equipamentos de ar condicionado, falha no termohigrômetro, etc.

## **6. MATERIAIS UTILIZADOS**

Planilha de Controle de Temperatura, Termo higrômetro, material de escritório.

## **7. DOCUMENTOS**

Não há itens relacionados.

## **8. DEFINIÇÕES**

Não há itens relacionados.

<b>AFERIÇÃO DAS TEMPERATURAS DAS CÂMARAS FRIAS DE ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS</b>	<b>DOC. Nº</b> 0005/25
	<b>PÁGINA</b> 01/02
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>	
<b>ELABORADO POR:</b> Gisela Huren Medeiros <b>APROVADO POR:</b> Mariana Marcondes Pinheiro <b>APROVADO POR:</b> Caroline Vilcher Gouveia	<b>Ass.:</b> <b>Ass.:</b> <b>Ass.:</b>
<b>PROX. REVISÃO:</b> Janeiro/2026	
<b>1. OBJETIVO</b> <p>Padronizar as leituras das temperaturas máximas, mínimas e momentâneas das Câmaras Frias de armazenamento de Medicamentos. O termômetro digital de máxima e mínima é utilizado para verificar as variações de temperatura ocorridas em determinado ambiente em um período de tempo pré-estabelecido. Ele nos fornece três informações: a temperatura mínima (a mais fria), a temperatura máxima (a mais quente) e a temperatura momentânea.</p>	
<b>2. RESPONSÁVEIS</b> <p>Caroline Vilcher Gouveia (Farmacêutica)        Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica)        Mariana Marcondes Pinheiro (Farmacêutica)        Ana Caroline de Mello Santos (Atendente de Farmácia)        Andreia Maria de Oliveira Werneck (Agente Comunitário de Saúde)        Eloina de Jesus Lopes Oliveira (Atendente de Farmácia)        Nathaly Dias Novaes de Almeida (Estagiária)</p>	
<b>3. MÉTODO</b> <p>Visualizar os valores das leituras de temperatura máxima, mínima e momentânea internas e alimentar a planilha disposta no equipamento pela manhã e no final da tarde, diariamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Temperatura Mínima:</b> Visualizar no display do equipamento a temperatura mínima obtida e anotar o valor correspondente na planilha específica de controle da temperatura da câmara fria.</li> <li>• <b>Temperatura Máxima:</b> Visualizar no display do equipamento a temperatura máxima obtida e anotar o valor correspondente na planilha específica de controle da temperatura da câmara fria.</li> <li>• <b>Temperatura do Momento:</b> Visualizar no display do equipamento a temperatura atual e anotar o valor correspondente na planilha específica de controle da temperatura da câmara fria.</li> <li>• <b>Apagar os Registros Anteriores:</b> Pressionar o botão RESET para apagar da memória os registros anteriores e ficar apto para nova leitura.</li> </ul>	
<b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b> <p>Câmaras frias de armazenamento de medicamentos.</p>	
<b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b> <p>Sempre que houver dúvida sobre a temperatura apresentada pelo display do equipamento, utilizar um termômetro externo para comprovar a eficiência do equipamento.</p> <p>O termômetro externo possui um cabo de 3 metros e, na sua extremidade, um sensor (Bulbo) que faz a leitura da temperatura (OUT). Deve-se colocar este sensor dentro de um recipiente com água e posicioná-lo no interior da geladeira,</p>	

de modo mais centralizado possível. Deve-se cuidar para não danificar o cabo do instrumento. Atentar para a vida útil do instrumento, visto que ele é mantido à pilha.

Para verificar a temperatura no termômetro externo

- **Temperatura Mínima:** Pressionar uma vez o botão MAX/MIN onde aparecerá no canto inferior esquerdo do visor a palavra MIN. Anotar o valor correspondente na planilha específica de controle da temperatura da câmara fria.
- **Temperatura Máxima:** Pressionar mais uma vez o botão MAX/MIN onde aparecerá no canto inferior esquerdo do visor a palavra MAX. Anotar o valor correspondente na planilha específica de controle da temperatura da câmara fria.
- **Temperatura do Momento:** Pressionar novamente o botão MAX/MIN onde retornará à temperatura do ambiente. Anotar o valor correspondente na planilha específica de controle da temperatura da câmara fria.
- **Apagar os Registros Anteriores:** Pressionar o botão RESET para apagar da memória os registros anteriores e ficar apto para nova leitura.

Substituir a planilha de controle de temperaturas no primeiro dia útil de cada mês. Arquivar a planilha do mês anterior totalmente e adequadamente preenchida.

Anotar toda e qualquer intercorrência que houver durante o mês na planilha. Exemplo: recebimento de medicamentos, desligamento para higienização, falha no funcionamento, etc.

## 6. MATERIAIS UTILIZADOS

Planilha de Controle de Temperatura, Termômetro externo quando necessário.

## 7. DOCUMENTOS

Não há itens relacionados.

## 8. DEFINIÇÕES

Não há itens relacionados.

<b>AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b>	<b>DOC. Nº</b> 0006/25  <b>PÁGINA</b> 01/02
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>	
<b>ELABORADO POR:</b> Gisela Huren Medeiros	Ass.:
<b>APROVADO POR:</b> Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:
<b>APROVADO POR:</b> Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:
<b>REVISÃO:</b> Janeiro/2026	
<b>1. OBJETIVO</b>	
Padronizar a Aquisição de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica para a Farmácia Municipal de Sengés.	
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>	
Caroline Vilcher Gouveia (Farmacêutica)	
<b>3. MÉTODOS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consorcio Paraná Saúde: Para aquisição de medicamentos pelo Consorcio Paraná Saúde, em data específica abre-se o edital no site <a href="http://www.consorcioparana.saude.com.br">www.consorcioparana.saude.com.br</a>. Neste site, faz-se o pedido de medicamentos em formulário específico, calculando-se a quantidade a ser adquirida de acordo com o relatório de consumo de medicamentos, relatório de estoque de medicamentos e o custo dos medicamentos.</li> <li>• Licitação: Para medicamentos que não constam na relação dos Medicamentos Consorciados, faz-se a licitação. Faz-se a listagem dos medicamentos a serem licitados, com as respectivas quantidades e especificações. Realiza a coleta dos orçamentos conforme normas específicas. Após, faz-se a média dos valores e a soma total da licitação e encaminha ao gestor, para aprovação. Após, protocola em sistema específico e encaminha-se para o setor de licitação para o andamento do processo.</li> <li>• Compra Direta e Dispensa de Licitação: Métodos de compra utilizados quando extremamente necessários e justificáveis mediante impossibilidade de utilizar os métodos anteriores.</li> </ul>	
<b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b>	
Setor de aquisição de medicamentos da farmácia.	
<b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b>	
A aquisição de medicamentos básicos é baseada no elenco da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME a qual é periodicamente revisada de acordo com a necessidade, baseada em relatórios específicos de gestão de estoques, com a finalidade de evitar faltas e perdas de medicamentos.	
<b>6. MATERIAIS UTILIZADOS</b>	
Material de escritório, computadores, calculadora, telefone.	

**7. DOCUMENTOS**

Não há itens relacionados.

**8. DEFINIÇÕES**

Licitação: é o procedimento administrativo para contratação de serviços ou aquisição de produtos pelos governos Federal, Estadual, Municipal ou entidades de qualquer natureza.

<b>AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESTRATÉGICO E ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b>	<b>DOC. Nº</b> 0007/25
	<b>PÁGINA</b> 01/02
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>	
<b>ELABORADO POR:</b> Gisela Huren Medeiros	Ass.:
<b>APROVADO POR:</b> Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:
<b>APROVADO POR:</b> Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:
	<b>REVISÃO:</b> Janeiro/2026
<b>1. OBJETIVO</b>	
Padronizar a Aquisição de Medicamentos dos Componentes Estratégico e Especializado da Assistência Farmacêutica para a Farmácia Municipal de Sengés.	
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>	
Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica)	
<b>3. MÉTODOS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Os medicamentos que pertencem ao <u>Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica</u> são solicitados até o dia 05 de cada mês pelo sistema <b>G.SUS</b> – Sistema de Gestão Hospitalar e Ambulatorial. Os pacientes precisam ser previamente cadastrados de acordo com suas patologias (exceto insulino-dependentes) e notificados no sistema SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Vigilância Epidemiológica).</li> <li>Os medicamentos do <u>Componente Especializado da Assistência Farmacêutica</u> são enviados automaticamente pela 3ª Regional de Saúde de acordo com os pacientes previamente cadastrados e autorizados. Somente medicamentos faltantes são solicitados via sistema <b>SISMEDEX</b>.           <ul style="list-style-type: none"> <li>Todos os medicamentos destes dois componentes são retirados por Farmacêutico ou profissional autorizado por ele na 3ª Regional de Saúde em Ponta Grossa – PR, de acordo com data estipulada pela Regional, geralmente na primeira segunda-feira de cada mês.</li> <li><u>Medicamentos para Hepatites B e C</u> são solicitados todo dia 1º de cada mês através do sistema <b>SICLOM HEPATITES</b> – Sistema de Controle Logístico para Hepatites Virais. O recebimento também é através da 3ª Regional de Saúde em Ponta Grossa – PR porém sem prazo exato para recebimento (cerca de 60 dias).</li> <li><u>Medicamentos para HIV</u> são solicitados todo dia 1º de cada mês através do sistema <b>SICLOM</b> – Sistema de Controle Logístico para Hepatites Virais. O recebimento também é através da 3ª Regional de Saúde em Ponta Grossa – PR com prazo de recebimento aproximado de 30 dias.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b>	
Setor de aquisição de medicamentos da farmácia.	
<b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b>	
A disponibilidade dos medicamentos estratégicos e especializados é baseada nos agravos de menor incidência que acometem a população, específicas de cada paciente, de acordo com solicitações encaminhadas em sua maioria por médicos especialistas.	
<b>6. MATERIAIS UTILIZADOS</b>	
Material de escritório, computadores, calculadora, telefone.	

**7. DOCUMENTOS**

Não há itens relacionados.

**8. DEFINIÇÕES**

Não há definições.

<b>RECEBIMENTO E ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PREVENÇÃO DE PERDAS</b>	<b>DOC. Nº</b> 0008/25  <b>PÁGINA</b> 01/02
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>	
<b>ELABORADO POR:</b> Gisela Huren Medeiros	Ass.:
<b>APROVADO POR:</b> Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:
<b>APROVADO POR:</b> Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:
<b>REVISÃO:</b> Janeiro/2026	
<b>1. OBJETIVO</b>	
Padronizar o recebimento de medicamentos e o armazenamento no estoque.	
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>	
Caroline Vilcher Gouveia (Farmacêutica) Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica) Mariana Marcondes Pinheiro (Farmacêutica) Ana Caroline de Mello Santos (Atendente de Farmácia) Andreia Maria de Oliveira Werneck (Agente Comunitário de Saúde) Eloina de Jesus Lopes Oliveira (Atendente de Farmácia) Nathaly Dias Novaes de Almeida (Estagiária)	
<b>3. MÉTODO</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando do recebimento de medicamentos, deve-se conferir a nota fiscal, os medicamentos recebidos, a respectiva quantidade, lote, validade, temperatura (quando refrigerado), e especificação técnica.</li> <li>• Após conferência, avaliar a integridade física dos medicamentos.</li> <li>• Proceder o armazenamento dos medicamentos nas prateleiras do estoque de acordo com a validade e a técnica do PVPS (primeiro que vence, primeiro que sai), em ordem alfabética. Medicamentos com validade menores devem ficar dispostos a frente nas prateleiras e medicamentos com validades maiores dispostos atrás.</li> <li>• Atualizar o estoque de medicamentos cadastrando a nota fiscal no sistema específico (IDS Saúde, Siclom Hepatites, Siclom HIV, Sismedex, G.sus).</li> </ul>	
<b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b>	
Estoque de Medicamentos.	
<b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b>	
Medicamentos que não estiverem dentro dos padrões de qualidade devem ser segregados e identificados como "EM QUARENTENA" e imediatamente comunicados à Farmacêutica. Não podem ser dispensados. Medicamentos com validade inferior a 60 dias devem ser identificados e caso não haja previsão de consumo, proceder troca ou doação a outros municípios, para evitar perdas. Manter o estoque de medicamentos limpo, seco, arejado e ao abrigo da luz solar.	
<b>6. MATERIAIS UTILIZADOS</b>	
Material de escritório, computadores, calculadora, telefone.	

**7. DOCUMENTOS**

Não há itens relacionados.

**8. DEFINIÇÕES**

Não há itens relacionados.

DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS		DOC. Nº 0009/25
		PÁGINA 01/03
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>		
ELABORADO POR: Gisela Huren Medeiros	Ass.:	REVISÃO: Janeiro/2026
APROVADO POR: Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:	
APROVADO POR: Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:	
<b>1. OBJETIVO</b>		
Padronizar a dispensação de medicamentos na Farmácia Municipal Central, nas farmácias da zona rural e Farmácia Ouro Verde.		
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>		
Caroline Vilcher Gouveia (Farmacêutica) Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica) Mariana Marcondes Pinheiro (Farmacêutica) Ana Caroline de Mello Santos (Atendente de Farmácia) Andreia Maria de Oliveira Werneck (Agente Comunitário de Saúde) Eloina de Jesus Lopes Oliveira (Atendente de Farmácia) Nathaly Dias Novaes de Almeida (Estagiária)		
<b>3. MÉTODO</b>		
<b>Prescrições aceitas:</b>		
Provenientes do SUS de Sengés ou de serviços referenciados, de trabalhadores (médicos do trabalho das empresas de Sengés). Não são atendidas prescrições de consultórios particulares ou SUS de serviços não referenciados. Prescrições precisam vir em <u>duas vias</u> , caso não venha, solicitamos ao paciente que tire uma cópia.		
<b>Validade das Prescrições:</b>		
1. Contendo Antibióticos: 10 dias. 2. Medicamentos Controlados: 30 dias 3. Medicamentos de uso contínuo não controlados: 120 dias 4. Prescrições do Pronto Atendimento: 4 dias.		
<b>Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica:</b>		
<b>Quantidade Dispensada:</b>		
1. <u>Medicamentos de uso contínuo não controlados:</u> Quantidade para 60 dias de tratamento, a farmácia retém a segunda via da receita no primeiro atendimento e anota na primeira via a data para a próxima retirada. Após 60 dias, o paciente retorna com a primeira via da receita e retira quantidade para mais 60 dias de tratamento. Totalizando 120 dias (4 meses). Após este período, precisa realizar consulta médica novamente. Medicamentos que possuem blisters com 20, 26, 35 e 50 comprimidos terão datas diferenciadas para retirada.		
*Alguns medicamentos de uso continuo para hipertensão, diabetes e asma deixaram de ser fornecidos pela Farmácia Municipal e são fornecidos pelas <u>Farmácias Populares</u> (Beira Rio, Queiroz, Giovanetti, São Francisco, Farmácia Cohapar, Ouro Verde) mediante apresentação da receita e CPF pelo próprio paciente ou familiar (mediante apresentação de procuração). Esses medicamentos são retirados mês a mês, por 6 meses. Após, precisam apresentar nova prescrição médica.		

2. Medicamentos Controlados: Quantidade prescrita ou para no máximo 60 dias de tratamento, conforme legislação específica.
3. Insulinas e correlatos: Quantidade para 60 dias de tratamento para insulinas e 30 dias de tratamento para tiras, lancetas, seringas e agulhas, devendo o paciente retornar para nova retirada sem apresentação de prescrição médica (correlatos).
4. Demais medicamentos: Conforme tratamento/quantidade indicado pelo médico.

#### **Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica:**

Medicamentos prescritos por médicos especialistas, em laudos específicos para solicitação destes medicamentos, de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde. A Farmácia Municipal recebe esses laudos de solicitação, protocola em sistema específico, reúne as cópias de RG, CPF, cartão SUS, comprovante de endereço, telefone para contato, peso, altura do paciente e exames específicos, protocola no sistema SISMEDEX e envia para a 3ª Regional de Saúde em Ponta Grossa. Ela, por sua vez, envia para auditoria em Curitiba a qual avalia e libera ou não o fornecimento do medicamento. Esses cadastros precisam ser renovados a cada 6 meses.

A medicação autorizada é enviada a Farmácia Municipal mês a mês para ser retirada pelos pacientes e está disponível sempre após o dia 10 de cada mês, quando chega a remessa de Ponta Grossa. Os medicamentos são fornecidos para 30 dias de tratamento.

#### **Programa Paraná sem Dor:**

Fornecimento de medicações de uso contínuo para dor crônica, através do Governo do Estado do Paraná. Para isso, necessita de laudo de solicitação específico, contendo justificativa para uso dos medicamentos e tratamentos anteriores já realizados. Funciona da mesma forma que os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, porém podem ser solicitados por qualquer médico.

#### **Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica:**

São disponibilizados medicamentos para doenças menos comuns como Tuberculose, Hanseníase, Toxoplasmose Gestacional, Cisticercose entre outras. Como são doenças consideradas de baixa incidência epidemiológica, cada qual obedece a um protocolo diferenciado para fornecimento da medicação. Quando ocorrer o diagnóstico, entrar em contato diretamente com a Farmácia Municipal ou a Vigilância Epidemiológica para demais orientações.

#### **Documentos Necessários:**

1. Medicamentos de uso contínuo e demais medicamentos: Prescrição Médica válida, Cartão SUS **ou** RG.
2. Medicamentos Controlados: Prescrição Médica válida, Cartão SUS **e** RG. Apresentação é obrigatória, não sendo aceitos somente o número ou fotos dos documentos.
3. Medicamentos especializados comuns: Somente cartão SUS **ou** CPF, não precisa de receita médica.
4. Medicamentos especializados Controlados: Prescrição Médica válida, Cartão SUS ou CPF **e** RG.

Os processos de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica são renovados a cada 6 meses pelo médico especialista, contendo novo laudo, prescrição médica, documentos e exames específicos de acordo com a exigência de cada protocolo clínico.

### **4. APLICAÇÃO INTERNA**

Setor de dispensação de medicamentos da Farmácia Municipal, Farmácia da zona rural.

### **5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS**

Medicamentos Controlados Básicos, Medicamentos Estratégicos e Especializados somente são disponibilizados na Farmácia Municipal Central de Sengés. Não são disponibilizados na zona rural. Os pacientes precisam se deslocar até a Farmácia para retirar os medicamentos ou são entregues aos motoristas da saúde mediante apresentação dos documentos e prescrições dos pacientes, devidamente protocolados em caderno protocolo de cada bairro.

Prescrição de medicamentos de outros profissionais da área da saúde (Enfermeiros, Dentistas, Nutricionistas): serão aceitas conforme protocolos específicos.

**6. MATERIAIS UTILIZADOS**

Material de escritório, computador.

**7. DOCUMENTOS**

Fontes de informação sobre medicamentos.

**8. DEFINIÇÕES**

Medicamento: *produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico. É uma forma farmacêutica terminada que contém o fármaco, geralmente em associação com adjuvantes farmacotécnicos.*

DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS À ZONA RURAL		DOC. Nº 00010/25
		PÁGINA 01/02
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>		
ELABORADO POR: Gisela Huren Medeiros	Ass.:	REVISÃO: Janeiro/2026
APROVADO POR: Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:	
APROVADO POR: Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:	
<b>1. OBJETIVO</b>		
Padronizar a dispensação de medicamentos controlados direcionados a pacientes que residem na área rural do município.		
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>		
Caroline Vilcher Gouveia (Farmacêutica) Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica) Mariana Marcondes Pinheiro (Farmacêutica)		
<b>3. MÉTODO</b>		
As prescrições de medicamentos controlados dos pacientes que residem na área rural do município são levadas pelos motoristas da Secretaria Municipal de Saúde, logo após o atendimento médico, até a Farmácia Municipal Central para que sejam aviadas. Os medicamentos são separados e identificados conforme posologia e acondicionados em sacolas identificadas com o nome completo do paciente. As receitas são separadas por bairro e cada motorista leva os medicamentos dos pacientes do seu bairro de cobertura. Os pacientes possuem prazo de 7 dias para retirar os medicamentos nos postos de saúde, caso não retirem, os medicamentos são devolvidos à Farmácia Municipal Central para retornar ao estoque e ter a saída estornada.		
<b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b>		
Setor de dispensação de medicamentos da Farmácia Municipal, Farmácias dos demais postos de saúde da área rural do município.		
<b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b>		
As prescrições são previamente preenchidas nas unidades de saúde de origem, pelo profissional de saúde, com nome completo do paciente, nº do Registro Geral (RG), número do sistema interno (IDS) e endereço. Caso não esteja com os dados obrigatórios preenchidos, as prescrições são devolvidas à UBS de origem para correto preenchimento. Prescrições não protocoladas em caderno protocolo específico de cada bairro também são devolvidas. Na ausência do nº do Registro Geral (RG) nas carteiras de identidade de modelo novo, poderá ser preenchido o número único (CPF) na receita, devidamente identificado.		
<b>6. MATERIAIS UTILIZADOS</b>		
Material de escritório, computador.		

## **7. DOCUMENTOS**

Fontes de informação sobre medicamentos.

## **8. DEFINIÇÕES**

Medicamento: *produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico. É uma forma farmacêutica terminada que contém o fármaco, geralmente em associação com adjuvantes farmacotécnicos.*

<b>CONSERVAÇÃO DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS PARA TRANSPORTE EXTERNO</b>	<b>DOC. Nº</b> 00011/25  <b>PÁGINA</b> 01/02
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>	
<b>ELABORADO POR:</b> Gisela Huren Medeiros	Ass.:
<b>APROVADO POR:</b> Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:
<b>APROVADO POR:</b> Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:
<b>PROX. REVISÃO:</b> Janeiro/2026	
<b>1. OBJETIVO</b>	
Padronizar as normas relativas ao transporte externo de medicamentos termolábeis, de um ponto a outro da rede de frios.	
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>	
Caroline Vilcher Gouveia (Farmacêutica) Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica) Mariana Marcondes Pinheiro (Farmacêutica)	
<b>3. MÉTODO</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escolher uma caixa térmica de tamanho adequado e adaptar um termômetro externo de cabo extensor, caso a caixa não possua termômetro acoplado.</li> <li>• Estabelecer uma proporção adequada de placas de gelo artificial a serem utilizadas.</li> <li>• Dispor as bobinas de gelo em uma bancada forrada com papel kraft a fim de proceder à climatização, adaptar o bulbo do termômetro com extensor entre 2 delas e aguardar até atingir a temperatura de 0º C.</li> <li>• Colocar o gelo artificial no fundo e nas paredes da caixa térmica em quantidade suficiente para cobrir os imunobiológicos, fechar a caixa e vedar com fita adesiva.</li> <li>• Aguardar até que a temperatura esteja adequada e então dispor os medicamentos acondicionados em uma caixa de papelão, no centro da caixa térmica, <u>sem placas ao fundo da caixa térmica</u>, protegidos do contato direto com o gelo artificial, dispondo as placas em volta e em cima da caixa de papelão. <u>Retirar as placas do fundo da caixa térmica</u>.</li> <li>• Vedar a caixa com fita adesiva de mais ou menos 5 cm de largura, não deixando folga ou frestas.</li> <li>• Identificar a caixa externamente indicando o conteúdo (tipo e quantidade de medicamento) e o destinatário.</li> <li>• Manter a caixa térmica, durante o percurso, à sombra e longe do motor do veículo, manipulando-a com cuidado para evitar a agitação e quebra dos medicamentos.</li> <li>• Proceder o registro em planilha específica (Controle de Temperatura Caixas Térmicas) das temperaturas máximas, mínimas e momentâneas em todo o processo de transporte de medicamento.</li> <li>• Armazenar os medicamentos no novo ponto da rede de frios.</li> <li>• Arquivar a planilha de controle da temperatura no local de destino dos medicamentos.</li> </ul>	
<b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b>	
Todos os setores da Farmácia.	
<b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b>	

Proceder a higienização das caixas térmicas e placas de gelo artificial com água, sabão e álcool 70% sempre após cada uso.

Para o transporte de medicamentos a nível municipal (curtas distâncias) não se faz necessário o acompanhamento do técnico responsável, porém o motorista deverá ser orientado quanto aos procedimentos básicos necessários durante o percurso que deverá ser específico para esse fim.

Medicamentos transportados a outros municípios (longas distâncias) devem estar acompanhados do Farmacêutico Responsável pelo transporte.

## **6. MATERIAIS UTILIZADOS**

Caixa térmica, papel Kraft, EPIs, rodo, papel toalha, panos limpos, água, sabão, álcool 70% e solução degermante.

## **7. DOCUMENTOS**

Não há itens relacionados.

## **8. DEFINIÇÕES**

Não há itens relacionados.

TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS SECOS A LONGAS DISTÂNCIAS		DOC. Nº 0012/25
		PÁGINA 01/02
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>		
ELABORADO POR: Gisela Huren Medeiros	Ass.:	
APROVADO POR: Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:	<b>PROX. REVISÃO:</b> Janeiro/2026
APROVADO POR: Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:	
<b>1. OBJETIVO</b>		
Padronizar as normas relativas ao transporte externo de medicamentos secos a longas distâncias (entre municípios).		
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>		
Caroline Vilcher Gouveia (Farmacêutica) Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica) Mariana Marcondes Pinheiro (Farmacêutica)		
<b>3. MÉTODO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O transporte de medicamentos secos a longas distâncias deve ser realizado em veículo apropriado, fechado, sem o transporte conjunto de pacientes ou demais materiais alheios à saúde.</li> <li>• Os medicamentos devem estar devidamente acondicionados, evitando perdas e quebras, garantindo a integridade física das embalagens.</li> <li>• Devem estar sob a proteção da luz solar e em temperatura adequada.</li> <li>• Devem estar acompanhados da Nota Fiscal ou Guia de Remessa devidamente identificada.</li> <li>• Sempre acompanhados pelo farmacêutico responsável.</li> </ul>		
<b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b>		
Todos os setores da Farmácia.		
<b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b>		
O veículo para transporte de medicamentos deve estar higienizado e ser apropriado para o transporte, seguindo todas as normas técnicas exigidas para este fim.		
<b>6. MATERIAIS UTILIZADOS</b>		
Não há itens relacionados.		

**7. DOCUMENTOS**

Não há itens relacionados.

**8. DEFINIÇÕES**

Não há itens relacionados.

TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS SECOS A CURTAS DISTÂNCIAS		DOC. Nº 0013/25
		PÁGINA 01/02
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>		
ELABORADO POR: Gisela Huren Medeiros	Ass.:	PROX. REVISÃO: Janeiro/2026
APROVADO POR: Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:	
APROVADO POR: Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:	
<b>1. OBJETIVO</b>		
Padronizar as normas relativas ao transporte de medicamentos secos a curtas distâncias (dentro do município).		
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>		
Caroline Vilcher Gouveia (Farmacêutica) Mariana Marcondes Pinheiro (Farmacêutica)		
<b>3. MÉTODO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O transporte de medicamentos secos a curtas distâncias é realizado durante o reabastecimento das Farmácias dos Bairros Ouro Verde, Reianópolis, Pinhalzinho, Rio Claro, Caçador, Santo Antônio e Palmeirinha.</li> <li>• O transporte de medicamentos deve ser realizado em caixas plásticas, resistentes à poeira e umidade, rígidas para garantir a integridade dos medicamentos durante o transporte e dispensação. Na sua ausência, utilizar caixas de papelão grossas e íntegras.</li> <li>• O transporte de medicamentos para reabastecimento das farmácias da zona rural do município deve ocorrer preferencialmente nas embalagens originais de quantidades múltiplas dos medicamentos. Todas as caixas originais devem estar lacradas e em caso de fracionamento de caixas, esta deve estar devidamente lacrada com fita adesiva resistente.</li> <li>• Os transportes serão realizados através dos veículos oficiais da frota da saúde municipal, em veículo fechado, no porta-malas ou no seu interior, devidamente armazenados a fim de garantir a integridade dos medicamentos.</li> </ul>		
<b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b>		
Todos os setores da Farmácia.		
<b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b>		
O veículo para transporte de medicamentos deve estar higienizado e ser apropriado para o transporte, seguindo todas as normas técnicas exigidas para este fim.		
<b>6. MATERIAIS UTILIZADOS</b>		
Não há itens relacionados.		

**7. DOCUMENTOS**

Não há itens relacionados.

**8. DEFINIÇÕES**

Não há itens relacionados.

DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS		DOC. Nº 0014/25
		PÁGINA 01/02
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>		
ELABORADO POR: Gisela Huren Medeiros	Ass.:	REVISÃO: Janeiro/2026
APROVADO POR: Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:	
APROVADO POR: Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:	
<b>1. OBJETIVO</b>		
Padronizar o descarte de medicamentos vencidos e Resíduos de Serviços de Saúde.		
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>		
Caroline Vilcher Gouveia (Farmacêutica) Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica) Mariana Marcondes Pinheiro (Farmacêutica) Ana Caroline de Mello Santos (Atendente de Farmácia) Andreia Maria de Oliveira Werneck (Agente Comunitário de Saúde) Eloina de Jesus Lopes Oliveira (Atendente de Farmácia) Nathaly Dias Novaes de Almeida (Estagiária) Josete Ferreira Paz de Souza (Zeladora)		
<b>3. MÉTODO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando do vencimento de medicamentos, segregá-os, e acondiciona na caixa plástica de descarte de medicamentos.</li> <li>• Separa-se a medicação vencida em caixas.</li> <li>• Quinzenalmente, a empresa terceirizada responsável pelo recolhimento destes medicamentos (MedicTec) retira estas caixas na Farmácia e procede o descarte adequado (incineração).</li> <li>• A empresa entregará um laudo comprovando o recolhimento e descarte correto (em caso de medicamentos controlados) ou enviará por e-mail comprovante de recolhimento dos resíduos.</li> </ul>		
<b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b>		
Estoque de Medicamentos, setor de Dispensação de Medicamentos.		
<b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b>		
Não há itens relacionados.		
<b>6. MATERIAIS UTILIZADOS</b>		
Caixas, sacos de lixo, EPI's.		

**7. DOCUMENTOS**

Não há itens relacionados.

**8. DEFINIÇÕES**

Não há itens relacionados.

<b>DESCARTE DE MEDICAMENTOS DOMICILIARES VENCIDOS E EM DESUSO</b>	<b>DOC. Nº</b> 0015/25
	<b>PÁGINA</b> 01/02
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>	
<b>ELABORADO POR:</b> Gisela Huren Medeiros	Ass.:
<b>APROVADO POR:</b> Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:
<b>APROVADO POR:</b> Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:
	<b>REVISÃO:</b> Janeiro/2026
<b>1. OBJETIVO</b>	
Padronizar o descarte de medicamentos domiciliares vencidos e sem uso.	
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>	
Caroline Vilcher Gouveia (Farmacêutica) Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica) Mariana Marcondes Pinheiro (Farmacêutica) Ana Caroline de Mello Santos (Atendente de Farmácia) Andreia Maria de Oliveira Werneck (Agente Comunitário de Saúde) Eloina de Jesus Lopes Oliveira (Atendente de Farmácia) Nathaly Dias Novaes de Almeida (Estagiária) Josete Ferreira Paz de Souza (Zeladora)	
<b>3. MÉTODO</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando do descarte de medicamentos no Papa-Pílula, avaliar diariamente o volume apresentado nas cubas de descarte para segregar antes de 2/3 do seu volume total para evitar o anti-retorno.</li> <li>• Quando for necessário, realiza a abertura do Papa-Pílula pela parte de traz, coleta os medicamentos descartados e acondiciona no mesmo local de descarte de medicamentos vencidos da Farmácia Municipal.</li> <li>• Separa-se a medicação em caixas e identifica como MEDICAMENTO VENCIDO / PARA DESCARTE / NÃO DESCARTAR EM LIXO COMUM.</li> <li>• Quinzenalmente, a empresa terceirizada responsável pelo recolhimento destes medicamentos (MedicTec) retira estas caixas na Farmácia e procede o descarte adequado (incineração). <ul style="list-style-type: none"> <li>• A empresa entregará um laudo comprovando o recolhimento e descarte correto (em caso de medicamentos controlados) ou enviara por e-mail comprovante de recolhimento dos resíduos.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b>	
Papa-Pílula, área de espera.	
<b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b>	
Não há itens relacionados.	
<b>6. MATERIAIS UTILIZADOS</b>	
Caixas, sacos de lixo, fita, EPI's.	

**7. DOCUMENTOS**

Não há itens relacionados.

**8. DEFINIÇÕES**

Não há itens relacionados.

<b>DESCARTE DE RESÍDUOS SÓLIDOS URBANOS E RESÍDUOS RECICLÁVEIS</b>		<b>DOC. Nº</b> 0016/25
		<b>PÁGINA</b> 01/02
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>		
<b>ELABORADO POR:</b> Gisela Huren Medeiros	Ass.:	<b>REVISÃO:</b> Janeiro/2026
<b>APROVADO POR:</b> Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:	
<b>APROVADO POR:</b> Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:	
<b>1. OBJETIVO</b>		
Padronizar o descarte de resíduos sólidos urbanos e resíduos recicláveis.		
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>		
Caroline Vilcher Gouveia (Farmacêutica) Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica) Mariana Marcondes Pinheiro (Farmacêutica) Ana Caroline de Mello Santos (Atendente de Farmácia) Andreia Maria de Oliveira Werneck (Agente Comunitário de Saúde) Eloina de Jesus Lopes Oliveira (Atendente de Farmácia) Nathaly Dias Novaes de Almeida (Estagiária) Josete Ferreira Paz de Souza (Zeladora)		
<b>3. MÉTODO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando do descarte de resíduos sólidos não recicláveis, acondicioná-los em sacos plásticos pretos e diariamente dispor à coleta urbana, no primeiro momento da manhã.</li> <li>• Quando do descarte de resíduos recicláveis, acondicioná-los em sacos plásticos pretos e armazená-los próximo ao Depósito de Material de Limpeza. Dispor para a coleta urbana somente no dia de coleta de resíduos recicláveis.</li> </ul>		
<b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b>		
Todos os setores.		
<b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b>		
Não há itens relacionados.		
<b>6. MATERIAIS UTILIZADOS</b>		
Caixas, sacos de lixo, EPI's.		

**7. DOCUMENTOS**

Não há itens relacionados.

**8. DEFINIÇÕES**

Não há itens relacionados.

<b>CONTROLE DE PRAGAS E VETORES</b>		<b>DOC. Nº</b> 0017/25
		<b>PÁGINA</b> 01/02
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>		
<b>ELABORADO POR:</b> Gisela Huren Medeiros	Ass.:	<b>REVISÃO:</b> Janeiro/2026
<b>APROVADO POR:</b> Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:	
<b>APROVADO POR:</b> Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:	
<b>1. OBJETIVO</b>		
Padronizar as ações de dedetização e desratização do prédio.		
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>		
Caroline Vilcher Gouveia (Farmacêutica) Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica) Mariana Marcondes Pinheiro (Farmacêutica) Ana Caroline de Mello Santos (Atendente de Farmácia) Andreia Maria de Oliveira Werneck (Agente Comunitário de Saúde) Eloina de Jesus Lopes Oliveira (Atendente de Farmácia) Nathaly Dias Novaes de Almeida (Estagiária) Josete Ferreira Paz de Souza (Zeladora)		
<b>3. MÉTODO</b>		
Anualmente é realizada a contratação de empresa específica para realizar o controle de pragas e vetores na Farmácia Municipal. Em um sábado, a empresa realiza a aplicação do produto. A farmácia fica fechada até a segunda-feira pela manhã, quando é aberta e realizada a higienização de todos os equipamentos, ambientes e superfícies antes do inicio das atividades. O ambiente precisa ficar arejado e sem funcionários meia hora para garantir que não há produto no ar. O produto utilizado no controle de pragas e vetores é residual, não ficando suspenso no ar. A ficha técnica do produto utilizado e a técnica empregada é indicada no Laudo de Dedetização e Desratização, fornecido pela empresa e armazenado na Farmácia Municipal.		
<b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b>		
Todos os setores.		
<b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b>		
Não há itens relacionados.		
<b>6. MATERIAIS UTILIZADOS</b>		
Não há itens relacionados.		
<b>7. DOCUMENTOS</b>		
Não há itens relacionados.		
<b>8. DEFINIÇÕES</b>		
Não há itens relacionados.		



<b>LIMPEZA DA CAIXA D'ÁGUA</b>	<b>DOC. Nº</b> 0018/25
	<b>PÁGINA</b> 01/01
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>	
<b>ELABORADO POR:</b> Gisela Huren Medeiros	Ass.:
<b>APROVADO POR:</b> Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:
<b>APROVADO POR:</b> Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:
	<b>REVISÃO:</b> Janeiro/2026
<b>1. OBJETIVO</b>	
Padronizar a limpeza a caixa d'água.	
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>	
Caroline Vilcher Gouveia (Farmacêutica) Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica) Mariana Marcondes Pinheiro (Farmacêutica) Ana Caroline de Mello Santos (Atendente de Farmácia) Andreia Maria de Oliveira Werneck (Agente Comunitário de Saúde) Eloina de Jesus Lopes Oliveira (Atendente de Farmácia) Nathaly Dias Novaes de Almeida (Estagiária) Josete Ferreira Paz de Souza (Zeladora)	
<b>3. MÉTODO</b>	
Anualmente, empresa especializada realizada a limpeza da caixa d'água. Esvazia a caixa d'água, realiza a limpeza e o tratamento com hipoclorito de sódio. A empresa fornece o Laudo de limpeza contendo os produtos utilizados e a validade do procedimento. O Laudo fica armazenado na Farmácia Municipal.	
<b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b>	
Reservatório de água.	
<b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b>	
Não há itens relacionados.	
<b>6. MATERIAIS UTILIZADOS</b>	
Não há itens relacionados.	
<b>7. DOCUMENTOS</b>	
Não há itens relacionados.	
<b>8. DEFINIÇÕES</b>	
Não há itens relacionados.	

<b>HIGIENIZAÇÃO COVID-19</b>	<b>DOC. Nº</b> 0019/25
	<b>PÁGINA</b> 01/01
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>	
<b>ELABORADO POR:</b> Gisela Huren Medeiros	Ass.:
<b>APROVADO POR:</b> Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:
<b>APROVADO POR:</b> Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:
	<b>REVISÃO:</b> Janeiro/2026
<b>1. OBJETIVO</b>	
Padronizar a higienização do ambiente para Covid-19.	
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>	
Caroline Vilcher Gouveia (Farmacêutica) Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica) Mariana Marcondes Pinheiro (Farmacêutica) Ana Caroline de Mello Santos (Atendente de Farmácia) Andreia Maria de Oliveira Werneck (Agente Comunitário de Saúde) Eloina de Jesus Lopes Oliveira (Atendente de Farmácia) Nathaly Dias Novaes de Almeida (Estagiária) Josete Ferreira Paz de Souza (Zeladora)	
<b>3. MÉTODO</b>	
Quando necessário, conforme orientação da Vigilância Sanitária Municipal, é realizada a higienização do ambiente para Covid-19. A farmácia encerra as suas atividades para aplicação do produto pela Vigilância Sanitária e só retorna a funcionar no dia seguinte. A freqüência é definida pela Vigilância Sanitária Municipal.	
<b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b>	
Todos os setores.	
<b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b>	
Não há itens relacionados.	
<b>6. MATERIAIS UTILIZADOS</b>	
Não há itens relacionados.	
<b>7. DOCUMENTOS</b>	
Não há itens relacionados.	
<b>8. DEFINIÇÕES</b>	
Não há itens relacionados.	

MANUTENÇÃO PREVENTIVA/CORRETIVA DE EQUIPAMENTOS		DOC. Nº 0020/25
		PÁGINA 01/01
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>		
ELABORADO POR: Gisela Huren Medeiros	Ass.:	REVISÃO: Janeiro/2026
APROVADO POR: Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:	
APROVADO POR: Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:	
<b>1. OBJETIVO</b>		
Padronizar a manutenção preventiva dos equipamentos.		
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>		
Caroline Vilcher Gouveia (Farmacêutica) Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica) Mariana Marcondes Pinheiro (Farmacêutica)		
<b>3. MÉTODO</b>		
A manutenção preventiva de todos os equipamentos da Farmácia Municipal é realizada por empresa especializada contratada para este fim. As manutenções preventivas são realizadas mensalmente, com comprovante de realização armazenado no setor.		
Sempre que necessário e solicitado, é realizada a manutenção corretiva de forma imediata, quando algum equipamento apresenta mau funcionamento.		
<b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b>		
Todos os equipamentos de todos os setores.		
<b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b>		
Não há itens relacionados.		
<b>6. MATERIAIS UTILIZADOS</b>		
Não há itens relacionados.		
<b>7. DOCUMENTOS</b>		
Não há itens relacionados.		
<b>8. DEFINIÇÕES</b>		
Não há itens relacionados.		

CAPACITAÇÃO DA EQUIPE		DOC. Nº 0021/25
		PÁGINA 01/01
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>		
ELABORADO POR: Gisela Huren Medeiros	Ass.:	REVISÃO: Janeiro/2026
APROVADO POR: Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:	
APROVADO POR: Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:	
<b>1. OBJETIVO</b>		
Padronizar a capacitação da equipe.		
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>		
Caroline Vilcher Gouveia (Farmacêutica) Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica) Mariana Marcondes Pinheiro (Farmacêutica)		
<b>3. MÉTODO</b>		
Sempre que necessário é realizada a capacitação da equipe sobre novas normas e atualização das existentes. São abordados temas como atendimento ao paciente, atualização da legislação vigente, técnicas de gestão e controle de estoque, capacitação nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS, procedimentos operacionais padrão. Bimestralmente, os farmacêuticos realizam capacitação junto à 3ª Regional de Saúde em Ponta Grossa, a qual é repassada a toda a equipe.		
<b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b>		
Todos os setores.		
<b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b>		
Não há itens relacionados.		
<b>6. MATERIAIS UTILIZADOS</b>		
Não há itens relacionados.		
<b>7. DOCUMENTOS</b>		
Não há itens relacionados.		
<b>8. DEFINIÇÕES</b>		
Não há itens relacionados.		

CONTAGEM DE ESTOQUE E CORREÇÃO DE ERROS		DOC. Nº 0022/25
		PÁGINA 01/01
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>		
ELABORADO POR: Gisela Huren Medeiros	Ass.:	REVISÃO: Janeiro/2026
APROVADO POR: Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:	
APROVADO POR: Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:	
<b>1. OBJETIVO</b>		
Padronizar a contagem de estoque e correção de erros do sistema de gestão de estoques.		
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>		
Caroline Vilcher Gouveia (Farmacêutica) Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica) Mariana Marcondes Pinheiro (Farmacêutica) Ana Caroline de Mello Santos (Atendente de Farmácia) Andreia Maria de Oliveira Werneck (Agente Comunitário de Saúde) Eloina de Jesus Lopes Oliveira (Atendente de Farmácia) Nathaly Dias Novaes de Almeida (Estagiária) Josete Ferreira Paz de Souza (Zeladora)		
<b>3. MÉTODO</b>		
Mensalmente é realizada a contagem de estoques dos medicamentos da Farmácia Municipal, identificando erros de gestão de estoque e corrigindo-os. A data de realização da contagem é definida pelo farmacêutico. Deve-se retirar o saldo de estoque do sistema informativo, após todas as baixas de receitas e em horário que não haja atendimento na Farmácia, realizar a contagem da quantidade, identificando lote e validade dos medicamentos. Caso haja divergências, solicitar a outra pessoa que realize a contagem, para confirmação da informação obtida.		
<b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b>		
Todos os setores.		
<b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b>		
Ter informações corretas sobre o estoque permite uma gestão mais eficiente da Assistência Farmacêutica, com o fornecimento de informações precisas que norteiam a aquisição de medicamentos visando atender integralmente a população, sem faltas por erro de gestão e sem perdas de medicamentos por motivo de vencimento.		
<b>6. MATERIAIS UTILIZADOS</b>		
Material de escritório.		
<b>8. DEFINIÇÕES</b>		
Não há itens relacionados.		

CADASTRO NO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR		DOC. Nº 0024/25
		PÁGINA 01/01
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>		
<b>ELABORADO POR:</b> Gisela Huren Medeiros	Ass.:	<b>REVISÃO:</b> Janeiro/2026
<b>APROVADO POR:</b> Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:	
<b>APROVADO POR:</b> Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:	
<b>1. OBJETIVO</b>		
Padronizar o cadastro de pacientes no Programa de Oxigenoterapia Domiciliar.		
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>		
Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica)		
<b>3. MÉTODO</b>		
Sempre que necessário o fornecimento de Oxigênio Medicinal para uso domiciliar do paciente, deverá ser realizado o cadastro do mesmo através do Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde.		
Assistente Social solicitará do paciente: Prescrição médica, proveniente do SUS ou serviços referenciados pelo município, contendo nome completo do paciente, concentração de uso (em litros/minuto), se uso continuo ou em crises, via de administração, data, carimbo e assinatura do prescritor, em receituário da instituição de atendimento ou papel timbrado.		
Assistente Social faz a sua ficha de atendimento, reúne cópia dos documentos do paciente (RG, CPF, CNS e Comprovante de endereço), um telefone de contato, copia dos documentos de um familiar responsável pelo paciente (RG e CPF), recolhe assinatura nos termos de responsabilidade de uso dos equipamentos e envia todos esses documentos, via e-mail, a farmacêutica responsável.		
Essa por sua vez, solicita a instalação à empresa licitada para este fim ou realiza a instalação com equipamentos próprios da SMS.		
<b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b>		
Farmácia Municipal, Depósito de Oxigênio (UBS Mutirão).		
<b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b>		
O protocolo de oxigenoterapia domiciliar da SMS encontra-se em anexo. Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ) disponível em anexo.		
<b>6. MATERIAIS UTILIZADOS</b>		
Material de escritório, veículos para transporte.		
<b>7. DOCUMENTOS</b>		
Não há itens relacionados.		
<b>8. DEFINIÇÕES</b>		
Não há itens relacionados.		

TRANSPORTE DE OXIGÊNIO MEDICINAL		DOC. Nº 0024/25
		PÁGINA 01/01
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>		
ELABORADO POR: Gisela Huren Medeiros	Ass.:	REVISÃO: Janeiro/2026
APROVADO POR: Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:	
APROVADO POR: Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:	
<p><b>1. OBJETIVO</b>  Padronizar o transporte de oxigênio medicinal.</p> <p><b>2. RESPONSÁVEIS</b>  Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica)</p> <p><b>3. MÉTODO</b>  Sempre que necessária a reposição de oxigênio medicinal em residências de pacientes cadastrados no Programa de Oxigenoterapia Domiciliar, o transporte ocorrerá através de veículo oficial do município, durante todo o trajeto até a residência do paciente.  Cilindros de Oxigênio Medicinal poderão ser transportados em veículos comuns (Veículo Oficial), em seu interior, acompanhados da farmacêutica responsável.  Cilindros de Oxigênio Medicinal somente serão transportados a longas distâncias por ambulâncias oficiais do município, acondicionados em local apropriado para transporte.  Sempre que possível, a reposição ocorrerá diretamente na residência pela empresa fornecedora de oxigênio medicinal, mediante solicitação do paciente. Caso a reposição seja urgente, será realizada pela Secretaria Municipal de Saúde, coordenada e acompanhada pela farmacêutica responsável.</p>		
<p><b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b>  Farmácia Municipal, Depósito de Oxigênio (UBS Mutirão).</p> <p><b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b>  Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ) disponível em anexo.</p> <p><b>6. MATERIAIS UTILIZADOS</b>  Material de escritório, veículos para transporte.</p> <p><b>7. DOCUMENTOS</b>  Não há itens relacionados.</p> <p><b>8. DEFINIÇÕES</b>  Não há itens relacionados.</p>		

<b>CADASTRO DE PACIENTES E PROCESSOS - CEAF</b>	<b>DOC. Nº</b> 0026/25  <b>PÁGINA</b> 01/07	
<b>ELABORADO POR:</b> Gisela Huren Medeiros <b>APROVADO POR:</b> Mariana Marcondes Pinheiro <b>APROVADO POR:</b> Caroline Vilcher Gouveia	<b>Ass.:</b> <b>Ass.:</b> <b>Ass.:</b>	<b>REVISÃO:</b> Janeiro/2026
<p><b>1. OBJETIVO</b></p> <p>Padronizar o cadastro de pacientes no sistema Sismedex – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.</p> <p><b>2. RESPONSÁVEIS</b></p> <p>Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica)          Mariana Marcondes Pinheiro (Farmacêutica)</p> <p><b>3. MÉTODO</b></p> <p>O cadastro de novos pacientes deverá ser realizado sempre que solicitado pelo paciente.</p> <p>Para o cadastro, é obrigatória a apresentação de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (LME) com todos os campos obrigatórios preenchidos;</li> <li>Prescrição Médica válida, proveniente do SUS ou da rede privada de saúde;</li> <li>Documentos pessoais do paciente: RG, CPF, Cartão do SUS e Comprovante de Endereço. (Na impossibilidade de apresentação do RG, solicitar Carteira Nacional de Habilitação ou outro documento original que conste o número do RG – anotar separadamente a naturalidade do paciente);</li> <li>Documentos e exames obrigatórios de acordo com o exigido pelo sistema.</li> </ol> <p>Com a LME em mãos, verificar o campo 9 – CID-10. Consultar no sistema, os documentos e exames necessários para o cadastro. Campo <u>Consulta / Documentos/Exames</u>:</p> <p>Preencher o CID-10 conforme indicado e consultar todos os documentos e exames necessários.</p> <p>Após conferir se todos os itens obrigatórios estão anexados ao processo, proceder o cadastro do paciente.</p> <p>Caso algum documento ou exame não esteja anexado, imprimir a pagina contendo os documentos e exames e entregar ao paciente para que providencie (identificar o que está ausente).</p>		

Para cadastro:

No sistema Sismedex ir na aba: atendimento/cadastro usuário/ LME – pesquisar pelo cartão SUS do paciente para verificar se ele não tem cadastro, pelo CPF e por ultimo pelo nome.

**SISMEDEX** Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Autorização Fluxo Estoque Judicial Administração Gerencial Produção APAC Programação e Sair

**Pesquisar Usuário**

CNS:   
CPF:   
Nome:

⚠ Preencha apenas um dos campos.

Caso apareça o nome do usuário, conferir os dados nome da mãe, CPF e Cartão SUS. Se for o mesmo paciente, cadastrar LME.

Caso o usuário não possua cadastro, ir em Novo Usuário.

**SISMEDEX** Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Autorização Fluxo Estoque Judicial Administração Gerencial Produção APAC Programação e Sair

⚠ Não localizado usuário com nome informado.

**Pesquisar Usuário**

CNS:   
CPF:   
Nome: Gisela Huren Medeiros

⚠ Preencha apenas um dos campos.

Preencher o Cartão SUS do usuário.

**SISMEDEX** Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Autorização Fluxo Estoque Judicial Administração Gerencial Produção APAC Programação e Sair

**Solicitar Dados Cadastrais**

\* CNS:

(\* ) Campo de preenchimento obrigatório.

Pesquisar.

Preencher todos os dados do usuário de acordo com a cópia dos documentos apresentados.

**SISMEDEX** Componente Especializado da Assistência Farmacêutica CEAf

Atendimento Consulta Avaliação Autorização Fluxo Estoque Judicial Administração Gerencial Produção APAC Programação e Sair

**Cadastrar Solicitação**

Usuário	Dados Saúde	Dados Solicitante
<b>Identificação</b>		
* Nome: <input type="text"/>	Nº interno: <input type="text"/>	
CNS: 704605629182120	CPF: <input type="text"/>	
Nº Identidade: <input type="text"/> UF: Selecione <input type="button" value="▼"/>	Órgão Emissor: Selecione <input type="button" value="▼"/>	
Data Nascimento: <input type="text"/>	Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	
País: BRASIL Naturalidade: <input type="text"/>	UF Naturalidade: Selecione <input type="button" value="▼"/>	
Município: Selecione <input type="button" value="▼"/>		
Nome da Mãe: <input type="text"/> Telefone Residencial: <input type="text"/>		
Telefone Comercial: <input type="text"/> Telefone Celular: <input type="text"/>		
Aceita receber SMS no Celular: <input type="checkbox"/>		
Observação dos telefones: <input type="text"/>		
Email: <input type="text"/>		
<b>Endereço</b>		
CEP: <input type="text"/> <input type="button" value="🔍"/>	Município: --Selecione-- <input type="button" value="▼"/>	Buscar CEP do Município <input type="button" value="🔍"/>
UF: --Selecione-- <input type="button" value="▼"/>	Número: <input type="text"/>	
Logradouro: <input type="text"/> <input type="button" value="🔍"/>	Bairro: <input type="text"/>	
Complemento: <input type="text"/>		
<input type="button" value="Autorizados"/> <input type="button" value="Desistir"/>		
(*) Campo de preenchimento obrigatório.		

Na impossibilidade de apresentação do comprovante de endereço pelo usuário, fornecer o documento Declaração de Residência, para que o usuário preencha e assine.

Caso o usuário seja considerado incapaz, solicitar cópia do RG do responsável pelo usuário e preencher o campo autorizados.

#### Autorizados / Incluir

**SISMEDEX** Componente Especializado da Assistência Farmacêutica CEAf

Atendimento Consulta Avaliação Autorização Fluxo Estoque Judicial Administração Gerencial Produção APAC Programação e Sair

* Nome: <input type="text"/>	* Data Nascimento: <input type="text"/>
* Nº Identidade: <input type="text"/> * UF: Selecione <input type="button" value="▼"/>	* Órgão Emissor: Selecione <input type="button" value="▼"/>
CPF: <input type="text"/>	* Parentesco: Selecione <input type="button" value="▼"/>
Telefone Residencial: <input type="text"/>	Telefone Comercial: <input type="text"/>
Telefone Celular: <input type="text"/>	Aceita receber SMS no Celular: <input type="checkbox"/>
* Há formulários de autorização neste caso? ○ Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>	
Obs: <input type="text"/>	
* Ativo <input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	
<input type="button" value="Incluir"/> <input type="button" value="Limpar"/> <input type="button" value="Voltar"/>	

(\*) Campo de preenchimento obrigatório.

Preencher todos os campos obrigatórios e selecionar \*Ativo – Sim

#### Incluir e voltar

Após inclusão do usuário e autorizado (quando necessário), passar para a aba Dados de Saúde.

**SISMEDEX** | Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Autorização Fluxo Estoque Judicial Administração Gerencial Produção APAC Pr

### Cadastrar Solicitação

Usuário	Dados Saúde	Dados Solicitante
<b>Identificação</b>		
Nome: GISELA HUREN MEDEIROS CNS: 704.6056.2918.2120 CPF: Situação:		
<b>Dados de Saúde</b>		
Nº Prontuário: <input type="text"/>	Nº Sinan: <input type="text"/>	
Peso (kg): <input type="text"/> (Ex.: 72,5)	Altura (m): <input type="text"/> (Ex.: 1,65)	
Informações Adicionais: <input type="checkbox"/> Gestação <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Diabetes		
<b>Atestado de Capacidade</b>		
O paciente é considerado incapaz? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Nome do responsável legal*: <input type="text"/>		
<b>Dados de Transplante</b>		
Data do Transplante: <input type="text"/>	Órgão Transplantado: <input type="text"/> Selecionar	 Adicionar
<b>Confirmação dos Dados</b>		
<span style="color: orange;">⚠</span> <input checked="" type="checkbox"/> Dados de saúde do usuário confirmados nesta solicitação.		
<a href="#">Desistir</a>		
(*) Campo de preenchimento obrigatório.		

Preencher todos os dados, checar o campo Dados de Saúde.

### Confirmação dos Dados

⚠  Dados de saúde do usuário confirmados nesta solicitação.

(\*) Campo de preenchimento obrigatório.

Passar para a aba Dados Solicitante.

**SISMEDEX** Componente Especializado da Assistência Farmacêutica CEAf

Atendimento Consulta Avaliação Autorização Fluxo Estoque Judicial Administração Gerencial Produção APAC Programação e Sair

**Cadastrar Solicitação**

Usuário	Dados Saúde	Dados Solicitante
<b>Identificação</b>		
Nome: GISELA HUREN MEDEIROS CNS: 704.6056.2918.2120 CPF: Situação:		
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde Solicitante</b>		
CNES: _____ Nome:		
<b>Identificação Médico Solicitante</b>		
CRM/RMS: _____	UF CRM: PR	
Nome:	CPF:	CNS:
Data da Solicitação: _____		
<b>Observações da Receita na Dispensação:</b> <a href="#">Listar todas observações</a>		
Observações: _____		
<b>Justificativa dos Medicamentos Solicitados:</b>		
Anamnese: _____		
Alterações Laboratoriais Significativas: _____		
Tratamentos Prévios: _____		
<input type="button" value="Desistir"/>		

(\*) Campo de preenchimento obrigatório.

Com o LME em mãos, preencher os dados do local de atendimento e profissional solicitante.

Preencher os campos Observações, Justificativa, Alterações Laboratoriais, tratamentos prévios quando possível e quando necessário.

Passar para a aba Prescrição Médica.

**SISMEDEX** Componente Especializado da Assistência Farmacêutica CEAf

Atendimento Consulta Avaliação Autorização Fluxo Estoque Judicial Administração Gerencial Produção APAC Programação e Sair

**Cadastrar Solicitação**

Usuário	Dados Saúde	Dados Solicitante
<b>Identificação</b>		
Nome: GISELA HUREN MEDEIROS CNS: 704.6056.2918.2120 CPF: Situação:		
<b>Código Internacional de Doenças</b>		
*CID Principal: _____	CID Secundário: _____	
<b>Medicamento Solicitado</b>		
*Medicamento: _____	*Quantidade: <input type="button" value="1º Mês"/> <input type="button" value="2º Mês"/> <input type="button" value="3º Mês"/> <input type="button" value="4º Mês"/> <input type="button" value="5º Mês"/> <input type="button" value="6º Mês"/>	
<b>Medicamentos</b>		
<a href="#">Listar todas observações</a>		
(*) Campo de preenchimento obrigatório. <input type="button" value="Desistir"/>		

Preencher o CID principal conforme LME e CID secundário quando for necessário (medicamentos do programa Paraná Sem Dor).

Pesquisar o medicamento conforme prescrição, conferir nome do medicamento, concentração, forma farmacêutica.

Adicionar a quantidade mensal prescrita de acordo com a receita médica e LME, preencher a quantidade respectiva do 1º ao 6º mês e adicionar.

Incluir todos os medicamentos prescritos no LME.

Passar para a aba Validar.

SISMEDEX | Componente Especializado da Assistência Farmacêutica CEF

Atendimento Consulta Avaliação Autorização Fluxo Estoque Judicial Administração Gerencial Produção APAC Programação e Sair

Cadastrar Solicitação

Identificação  
Nome: GISELA HUREN MEDEIROS CNS: 704.6056.2918.2120 CPF: 058.352.959-36 Situação:

Ocorrência

Documentos Gerais  
Selecione os documentos obrigatórios apresentados

Cópia de Documento de Identidade ou da Certidão de Nascimento  
 Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)  
 Cópia do comprovante de residência  
 Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido (validade de 3 meses)  
 Prescrição médica devidamente preenchida

Documentos Específicos  
Selecione os documentos obrigatórios apresentados

Apresentar justificativa médica (no campo anamnese da LME), quando for solicitação de Morfina ou Metadona injetável, Morfina acima de 360mg/dia via oral e Metadona acima de 120mg/dia via oral;  
 Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Programa Paraná Sem Dor (LME) (validade de 3 meses)  
 Termo de Esclarecimento e Responsabilidade do Programa Paraná Sem Dor

Identificação do Executante  
CNES: 2683180 Nome: FE 03 PM Sengés

(\*) Campo de preenchimento obrigatório.

Gravar

Checar todos os documentos e exames apresentados.

Caso falte algum documento ou exame, deixar sem checar, gravar e imprimir a tela de ocorrências ao usuário, onde constará o documento ou exame não apresentado.

Se todos os documentos e exames foram apresentados corretamente, gravar e imprimir o protocolo de atendimento.

Fornecer a 2ª via - usuário e orientar sobre os prazos para avaliação e fornecimento do medicamento.

Grampear a 1ª via – protocolo no processo, seguindo a ordem: Protocolo, LME, Receita, Relatório Médico Específico, Exames de Imagem, Exames de Sangue, Cópia do RG, CPF, Cartão SUS, Comprovante de Endereço e por ultimo Termo de Consentimento.

#### 4. APPLICAÇÃO INTERNA

Farmácia Municipal – Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

#### 5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS

Somente cadastrar o usuário no sistema com todos os documentos e exames necessários em mãos.

Não reter na Farmácia Municipal processos incompletos.

#### 6. MATERIAIS UTILIZADOS

Material de escritório.

#### 7. DOCUMENTOS

Todos os documentos e exames necessários podem ser consultados em:

<https://api.saude.pr.gov.br/governo-digital/farmacia/consulta>

## 8. DEFINIÇÕES

Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF): medicamentos relacionados às linhas de cuidado das patologias contempladas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), elaborados e publicados pelo Ministério da Saúde, com responsabilidades sobre o financiamento dos medicamentos compartilhadas entre as 3 instâncias gestoras do SUS, de acordo com o nível de complexidade do tratamento. Este componente está regulamentado pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Capítulos I, II, III e IV, Título IV; Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, capítulo II, Título V e Portaria GM/MS nº 13, de 6 de janeiro de 2020 que altera o Título IV do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

<b>SOLICITAÇÃO DE RENOVAÇÃO/ADEQUAÇÃO DE PROCESSOS CEAF</b>	<b>DOC. Nº</b> 0026/25
	<b>PÁGINA</b> 01/04
<b>ELABORADO POR:</b> Gisela Huren Medeiros                          Ass.:	
<b>APROVADO POR:</b> Mariana Marcondes Pinheiro                          Ass.:	<b>REVISÃO:</b>
<b>APROVADO POR:</b> Caroline Vilcher Gouveia                          Ass.:	Janeiro/2026
<p><b>1. OBJETIVO</b></p> <p>Padronizar a solicitação de renovação ou adequação de processos no sistema Sismedex – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.</p> <p><b>2. RESPONSÁVEIS</b></p> <p>Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica) Mariana Marcondes Pinheiro (Farmacêutico)</p> <p><b>3. MÉTODO</b></p> <p>A solicitação de renovação/adequação deverá ser realizada sempre que solicitado pelo paciente. Para a renovação/adequação, é obrigatória a apresentação de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (LME) com todos os campos obrigatórios preenchidos;</li> <li>b) Prescrição Médica válida, proveniente do SUS ou da rede privada de saúde;</li> <li>c) Documentos e exames obrigatórios de acordo com o exigido pelo sistema;</li> <li>d) Documentos pessoais do usuário (Cartão SUS ou CPF).</li> </ul> <p>Com os documentos pessoais do usuário, acessar o cadastro no sistema Sismedex.</p> <p><u><a href="#">Atendimento/Cadastro Usuário LME</a></u></p>	

**SISMEDEX** Componente Especializado da Assistência Farmacêutica **CEAF**

Atendimento Consulta Avaliação Autorização Fluxo Estoque Judicial Administração Gerencial Produção APAC Programação e Sair

**Pesquisar Usuário**

CNS:   
 CPF:   
 Nome:

*Preencha apenas um dos campos.*

Versão: v6\_1\_19

Pesquisar o usuário pelo Cartão SUS, CPF ou nome.

**SISMEDEX** Componente Especializado da Assistência Farmacêutica **CEAF**

Atendimento Consulta Avaliação Autorização Fluxo Estoque Judicial Administração Gerencial Produção APAC Programação e Sair

**Pesquisar Usuário**

CNS:   
 CPF:   
 Nome:   
*Preencha apenas um dos campos.*

Página 1 de 1 : (Total de 1 registros)

Exibir	Nome	Data de Nascimento	Nome da Mãe
	ROZINEI DE FATIMA ALVES DE SOUZA	26/03/1971	MARIA NINA DE SOUZA

Página 1 de 1 : (Total de 1 registros)

Selecionar exibir.

Selecionar Renovação ou Adequação, conforme necessidade.

Se a LME for apenas para renovar a vigência do processo, acessar a aba Renovação. Se houve alteração na posologia do medicamento, porém o CID informado pelo prescritor no LME for o mesmo do cadastro, selecionar a aba Adequação.

Situação	Ações
Deferida	
Deferida	<u>Adequação</u> <u>Renovação</u>
Deferida	<u>Adequação</u>

Quando renovação de processo, preencher a aba Dados Saúde e Dados Solicitante.

Na aba Prescrição, alterar a quantidade e o medicamento caso necessário, confirmar posologia com a receita e a LME.

Na aba Validar, checar todos os documentos e exames apresentados.

**Documentos Gerais**  
Selecione os documentos obrigatórios apresentados

Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido (validade de 3 meses)  
 Prescrição médica devidamente preenchida

**Documentos Específicos**  
Selecione os documentos obrigatórios apresentados

Dosagem da alanina aminotransferase (ALT)/ transaminase glutâmico pirúvica (TGP) - Último exame apresentado: 14/12/2022 - Validade: 6 meses - Válido até: 14/06/2023.  
 Dosagem da aspartato aminotransferase (AST)/ transaminase glutâmico-oxalacética (TGO) - Último exame apresentado: 14/12/2022 - Validade: 6 meses - Válido até: 14/06/2023.

**Identificação do Estabelecimento de Saúde Executante**  
CNES: 2683180 Nome: FE 03 PM Senjés

(\*) Campo de preenchimento obrigatório.

Caso falte algum documento ou exame, deixar sem checar, gravar e imprimir a tela de ocorrências ao usuário, onde constará o documento ou exame não apresentado.

Se todos os documentos e exames foram apresentados corretamente, gravar e imprimir o protocolo de atendimento.

Fornecer a 2<sup>a</sup> via - usuário e orientar sobre os prazos para avaliação e fornecimento do medicamento.

Grampear a 1<sup>a</sup> via – protocolo no processo, seguindo a ordem: Protocolo, LME, Receita, Relatório Médico Específico, Exames de Imagem, Exames de Sangue, Cópia do RG, CPF, Cartão SUS, Comprovante de Endereço e por ultimo Termo de Consentimento.

#### **4. APLICAÇÃO INTERNA**

Farmácia Municipal – Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

#### **5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS**

Somente renovar/adequar processos que contenham o mesmo CID no LME e no cadastro do usuário.

Não reter na Farmácia Municipal processos incompletos.

#### **6. MATERIAIS UTILIZADOS**

Material de escritório.

## **7. DOCUMENTOS**

Todos os documentos e exames necessários podem ser consultados em:

<https://api.saude.pr.gov.br/governo-digital/farmacia/consulta>

## **8. DEFINIÇÕES**

Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF): medicamentos relacionados às linhas de cuidado das patologias contempladas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), elaborados e publicados pelo Ministério da Saúde, com responsabilidades sobre o financiamento dos medicamentos compartilhadas entre as 3 instâncias gestoras do SUS, de acordo com o nível de complexidade do tratamento. Este componente está regulamentado pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Capítulos I, II, III e IV, Título IV; Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, capítulo II, Título V e Portaria GM/MS nº 13, de 6 de janeiro de 2020 que altera o Título IV do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

<b>INVENTÁRIO DE ESTOQUE CEAF E CESAF</b>	<b>DOC. Nº</b> 0027/25
	<b>PÁGINA</b> 01/02
<b>ELABORADO POR:</b> Gisela Huren Medeiros                          Ass.: _____	
<b>APROVADO POR:</b> Mariana Marcondes Pinheiro                          Ass.: _____	<b>REVISÃO:</b>
<b>APROVADO POR:</b> Caroline Vilcher Gouveia                          Ass.: _____	Janeiro/2026
<p><b>1. OBJETIVO</b></p> <p>Padronizar a contagem de estoque e correção de erros dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.</p> <p><b>2. RESPONSÁVEIS</b></p> <p>Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica)</p> <p><b>3. MÉTODO</b></p> <p>Retirar do sistema específico o saldo de estoque (Sismedex ou Gsus), contendo quantidade, lote e validade;      Copiar as informações na planilha de contagem de estoque (Diretrizes Inventário) no Anexo 1;      Imprimir o Anexo 2 para conferência;      Preencher o anexo 3 com as divergências encontradas;      Separar a contagem pelos medicamentos secos e refrigerados;      Salvar as planilhas de contagem de estoque mês a mês.      Repetir esse procedimento com os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.</p> <p><b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b></p> <p>Farmácia Municipal</p> <p><b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b></p> <p>Sem observações</p>	

## **6. MATERIAIS UTILIZADOS**

Material de escritório.

## **7. DOCUMENTOS**

Planilha Diretrizes Inventário

## **8. DEFINIÇÕES**

Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF): medicamentos e insumos para o tratamento dos principais problemas de saúde relacionados à atenção primária. Com financiamento tripartite e sob responsabilidade gerencial das Secretarias Municipais de Saúde, está regulamentado pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Capítulos I, II e III, Título III; Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, Capítulo I, Título V e Portaria GM/MS nº 3.193, de 9 de dezembro de 2019, que altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017GM/MS, no que versa sobre o financiamento deste componente.

Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF): medicamentos financiados e adquiridos pelo Ministério da Saúde, distribuídos pela SESA e dispensados aos pacientes, via de regra, pelos municípios, tendo como algumas patologias contempladas a Tuberculose, Hanseníase, AIDS, Endemias, entre outras.

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF): medicamentos relacionados às linhas de cuidado das patologias contempladas em protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), elaborados e publicados pelo Ministério da Saúde, com responsabilidades sobre o financiamento dos medicamentos compartilhadas entre as 3 instâncias gestoras do SUS, de acordo com o nível de complexidade do tratamento. Este componente está regulamentado pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Capítulos I, II, III e IV, Título IV; Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, Capítulos II, Título V e Portaria GM/MS nº 13, de 6 de janeiro de 2020 que altera o Título IV do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

<b>SUPERVISÃO FARMACÊUTICA DAS FARMÁCIAS DA ÁREA RURAL</b>		<b>DOC. Nº</b> 0028/25
		<b>PÁGINA</b> 01/01
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>		
<b>ELABORADO POR:</b> Gisela Huren Medeiros	Ass.:	
<b>APROVADO POR:</b> Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:	<b>PROX. REVISÃO:</b>
<b>APROVADO POR:</b> Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:	Janeiro/2026
<b>1. OBJETIVO</b>		
Padronizar as normas relativas ao controle das Farmácias da zona rural do município.		
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>		
Caroline Vilcher Gouveia (Farmacêutica)		
<b>3. MÉTODO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mensalmente são realizadas as visitas de controle das Farmácias da área rural do município, com a realização de supervisão, orientação e capacitação pela farmacêutica responsável.           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anotar em livro ata específico as visitas realizadas e eventuais pendências.</li> <li>• Além das visitas presenciais mensais, a supervisão online ocorre durante todo o horário de funcionamento das farmácias.</li> </ul> </li> </ul>		
<b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b>		
Todos os setores da Farmácia.		
<b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b>		
Sem observações especiais.		
<b>6. MATERIAIS UTILIZADOS</b>		
Não há itens relacionados.		
<b>7. DOCUMENTOS</b>		
Não há itens relacionados.		
<b>8. DEFINIÇÕES</b>		
Não há itens relacionados.		

FRACIONAMENTO DE ÁLCOOL 70%		DOC. Nº 0029/25
		PÁGINA 01/02
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>		
ELABORADO POR: Gisela Huren Medeiros	Ass.:	PROX. REVISÃO: Janeiro/2026
APROVADO POR: Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:	
APROVADO POR: Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:	
<b>1. OBJETIVO</b>		
Padronizar as normas relativas ao fracionamento de álcool gel 70% para desinfecção das mãos durante o atendimento. Padronizar as normas relativas ao fracionamento do álcool líquido 70% para desinfecção de ambientes e superfícies.		
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>		
Caroline Vilcher Gouveia (Farmacêutica) Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica) Mariana Marcondes Pinheiro (Farmacêutica) Ana Caroline de Mello Santos (Atendente de Farmácia) Andreia Maria de Oliveira Werneck (Agente Comunitário de Saúde) Eloina de Jesus Lopes Oliveira (Atendente de Farmácia) Nathaly Dias Novaes de Almeida (Estagiária) Josete Ferreira Paz de Souza (Zeladora)		
<b>3. MÉTODO</b>		
A cada 7 dias, realizar o fracionamento e o reabastecimento dos frascos de álcool 70% em gel e líquidos  Desprezar o resto de álcool gel 70% e álcool líquido 70% das almofolias no galão de descarte. Remover a etiqueta de identificação e descartar em lixo comum. Higienizar os frascos com água corrente. Reabastecer com quantidade suficiente para uso em 7 dias, evitando perdas. Realizar o preenchimento e identificação com nova etiqueta, preenchendo a data de envase, data de validade (7 dias a contar o dia do envase) e o profissional responsável pelo procedimento. Fixar a etiqueta no frasco.		
<b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b>		
Todos os setores da Farmácia.		
<b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b>		
Sem observações especiais.		
<b>6. MATERIAIS UTILIZADOS</b>		
Não há itens relacionados.		
<b>7. DOCUMENTOS</b>		
Não há itens relacionados.		

## **8. DEFINIÇÕES**

Não há itens relacionados.

FRACIONAMENTO DE SABONETE LÍQUIDO		DOC. Nº 0029/25
		PÁGINA 01/02
<b>DATA DE APROVAÇÃO:</b>		
ELABORADO POR: Gisela Huren Medeiros	Ass.:	PROX. REVISÃO: Janeiro/2026
APROVADO POR: Mariana Marcondes Pinheiro	Ass.:	
APROVADO POR: Caroline Vilcher Gouveia	Ass.:	
<b>1. OBJETIVO</b>		
Padronizar as normas relativas ao fracionamento de detergente líquido para lavagem das mãos.		
<b>2. RESPONSÁVEIS</b>		
Caroline Vilcher Gouveia (Farmacêutica) Gisela Huren Medeiros (Farmacêutica) Mariana Marcondes Pinheiro (Farmacêutica) Ana Caroline de Mello Santos (Atendente de Farmácia) Andreia Maria de Oliveira Werneck (Agente Comunitário de Saúde) Eloina de Jesus Lopes Oliveira (Atendente de Farmácia) Nathaly Dias Novaes de Almeida (Estagiária) Josete Ferreira Paz de Souza (Zeladora)		
<b>3. MÉTODO</b>		
A cada 7 dias, realizar o fracionamento e o reabastecimento dos frascos de sabonete líquido.  Desprezar o resto de sabonete líquido dos suportes no galão de descarte. Remover a etiqueta de identificação e descartar em lixo comum. Higienizar os frascos com água corrente. Reabastecer com quantidade suficiente para uso em 7 dias, evitando perdas. Realizar o preenchimento e identificação com nova etiqueta, preenchendo a data de envase, lote do produto data de validade do envase (7 dias a contar o dia do envase), data de validade do produto, e o profissional responsável pelo procedimento. Fixar a etiqueta no frasco.		
<b>4. APLICAÇÃO INTERNA</b>		
Todos os setores da Farmácia.		
<b>5. OBSERVAÇÕES ESPECIAIS</b>		
Sem observações especiais.		
<b>6. MATERIAIS UTILIZADOS</b>		
Não há itens relacionados.		
<b>7. DOCUMENTOS</b>		
Não há itens relacionados.		

## **8. DEFINIÇÕES**

Não há itens relacionados.

## **ANEXOS**

- 1. DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA**
- 2. PLANILHA CONTROLE DE TEMPERATURA CAIXA TÉRMICA**
- 3. PROTOCOLO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR**
- 4. FISPQ OXIGENIO MEDICINAL**



## **DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_

(nome completo sem abreviações), de nacionalidade \_\_\_\_\_, RG  
\_\_\_\_\_, órgão emissor \_\_\_\_\_, CPF  
\_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_, declaro,  
para os devidos fins, que tenho residência e domicílio à (inserir endereço completo)  
\_\_\_\_\_ ,

número \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, município de \_\_\_\_\_, CEP  
\_\_\_\_\_.

Declaro estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar a sanção penal prevista no Art. 299 do Código Penal, conforme transcrito: “Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular.”

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente para efeitos legais e sob as penas da lei.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(local) (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requeste

---

Secretaria da Saúde do Paraná - SESA  
3ª Regional de Saúde  
Seção de Assistência Farmacêutica  
Rua Doutor Paula Xavier, 743 Ponta Grossa – Paraná CEP 84040-010  
Fone (42) 3219-9845 e-mail: [farm03rs@sesa.pr.gov.br](mailto:farm03rs@sesa.pr.gov.br)

**FARMÁCIA MUNICIPAL**

 CNPJ 09.271.085/0001-17  
 RUA PREFEITO DANIEL JORGE, 380 A - CENTRO  
 SENGÉS - PARANÁ  
 FONE: (43) 3567-2492

CAIXA TÉRMICA: \_\_\_\_\_ DATA DE TRANSPORTE: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

SAIDA DA FARMACIA MUNICIPAL				
Horário	Temp. Máx.	Temp. Min.	Temp. Mom.	Assinatura
CHEGADA NA 3ª REGIONAL DE SAUDE - PONTA GROSSA - PR				
Horário	Temp. Máx.	Temp. Min.	Temp. Mom.	Assinatura
SAIDA DA 3ª REGIONAL DE SAUDE - PONTA GROSSA - PR				
Horário	Temp. Máx.	Temp. Min.	Temp. Mom.	Assinatura
CHEGADA NA FARMÁCIA MUNICIPAL				
Horário	Temp. Máx.	Temp. Min.	Temp. Mom.	Assinatura

 \*Segurar por dois segundos o botão Max/Min do termômetro para reset das temperaturas.

Observações: \_\_\_\_\_

CAIXA TÉRMICA: \_\_\_\_\_ DATA DE TRANSPORTE: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

SAIDA DA FARMACIA MUNICIPAL				
Horário	Temp. Máx.	Temp. Min.	Temp. Mom.	Assinatura
CHEGADA NA 3ª REGIONAL DE SAUDE - PONTA GROSSA - PR				
Horário	Temp. Máx.	Temp. Min.	Temp. Mom.	Assinatura
SAIDA DA 3ª REGIONAL DE SAUDE - PONTA GROSSA - PR				
Horário	Temp. Máx.	Temp. Min.	Temp. Mom.	Assinatura
CHEGADA NA FARMÁCIA MUNICIPAL				
Horário	Temp. Máx.	Temp. Min.	Temp. Mom.	Assinatura

 \*Segurar por dois segundos o botão Max/Min do termômetro para reset das temperaturas.

Observações: \_\_\_\_\_

**PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA  
PROTOCOLO DE FORNECIMENTO E ACOMPANHAMENTO**

## **SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA**

### **1. PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA (PODP)**

Programa de fornecimento de Concentrador e Cilindro de Oxigênio Medicinal para uso domiciliar.

#### **1.1 FLUXO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO**

O usuário(a)/familiar deverá dirigir-se ao Serviço Social da Ambulatório de Especialidades, munido(a) dos seguintes documentos:

- Prescrição médica com solicitação de oxigenoterapia domiciliar prolongada, emitida por médico credenciado ao Sistema Único de Saúde – SUS, com diagnóstico e indicação detalhada do uso (l/min, tempo diário de uso, cânula nasal, máscara);
- Em se tratando de solicitação de oxigênio prescrita em alta hospitalar por profissional médico de convênio ou particular, será autorizada a inclusão do paciente no programa, mediante apresentação da negativa do convênio e ser submetido de forma eletiva à avaliação de médico credenciado pelo SUS, quando deverá ser fornecido laudo médico referente à manutenção ou suspensão do uso do oxigênio;
- Documentos pessoais do usuário (a) e do (a) responsável (RG, CPF, Cartão Nacional do SUS-CNS, comprovante de residência atualizado, telefone para contato).

A autorização para inclusão no Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada é de competência do Serviço Social e dependerá da avaliação da documentação apresentada ao Assistente Social. Para inclusão do usuário no Programa, o Assistente Social deverá enviar e-mail ao Gestor do Contrato e empresa fornecedora, anexando formulário de cadastro para concessão de oxigênio domiciliar.

Caberá ao Assistente Social comunicar o Gestor do Contrato, da Secretaria de Saúde de Sengés, a inclusão e alta dos usuários, via e-mail.

Após a inclusão do usuário no Programa, será de responsabilidade do Serviço Social comunicar a Enfermeira da UBS, via e-mail, para avaliação e acompanhamento do usuário.

As visitas domiciliares para avaliação e acompanhamento do uso adequado do oxigênio deverão ser realizadas bimestralmente pelo médico e enfermeiro, e mensalmente pelo Agente Comunitário de Saúde, e demais profissionais de saúde, quando necessário, através de relatório específico, disponível em anexo e registro no prontuário.

O paciente deverá ser submetido à avaliação de um médico Pneumologista conforme demanda, a partir da data de sua inclusão, quando deverá ser fornecido novo laudo médico, referente à manutenção ou suspensão do uso do oxigênio. A consulta deverá ser agendada previamente pelo usuário/familiar no Setor de Tratamento Fora do Domicílio.

### **1.1.1 CRITÉRIOS PARA PRESCRIÇÃO DA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA**

- O usuário deverá residir no Município de Sengés;
- Ser portador de doenças que necessitem de oxigênio suplementar;
- Possuir prescrição que inclua diagnóstico médico e/ou Código Internacional de Doenças (CID 10);
- Resultados de exames específicos (Imagem de Tórax; Oximetria de Pulso; Hematócrito);
- Fluxo de oxigênio l/m e tempo médio de horas de uso por dia.

### **1.1.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DO USUÁRIO DO SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA**

Cabe salientar que os critérios de exclusão são independentes entre si, sendo assim a presença de qualquer um deles gera motivo para excluir o paciente do serviço.

- Pacientes que não possuem um responsável (cuidador) para dispensar os cuidados mínimos necessários;
- Não uso ou uso inadequado do equipamento, causando danos tanto ao usuário quanto ao patrimônio;
- Impossibilidade, por qualquer motivo, de aderir ao tratamento de acordo com a prescrição médica;
- Paciente tabagista que se recusa a assinar o termo de responsabilidade;
- Mudança de endereço para outro município.

## **1.2 ATRIBUIÇÕES GERAIS DO PROGRAMA**

### **1.2.1 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

- Definir diretrizes para a oxigenoterapia domiciliar;
- Disponibilizar recursos financeiros;
- Ligar e contratar empresa prestadora de serviço;
- Planejar, coordenar e acompanhar em conjunto com as Coordenadorias de Saúde, as ações a serem realizadas;
- Capacitar as equipes das UBS;
- Integrar os serviços ambulatoriais e hospitalares da rede;
- Avaliar a qualidade do serviço da empresa prestadora a cada 3 meses.

## **1.2.2 EMPRESA FORNECEDORA DO SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR**

- A Empresa contratada **deverá indicar** nome, telefone e e-mail para contato, do(s) técnico(s) responsável(s) para atender as demandas dos serviços da Secretaria de Saúde de Sengés (solicitação de recargas, inclusão e exclusão de pacientes no PODP dúvidas para uso dos equipamentos, entre outros). E quando houver troca dos técnicos responsáveis deverá comunicar imediatamente, através de e-mail, o Serviço Social;
- A empresa contratada deverá realizar **entrega de segunda a sexta feiras**, entre 8 e 18 horas, no **prazo máximo de 24 horas**, após solicitação dos responsáveis pelas unidades;
- A Empresa contratada deverá **instalar os equipamentos dentro dos domicílios** dos pacientes, através de técnicos capacitados, os quais realizarão orientações sobre o uso adequado e medidas de segurança para o paciente e/ou cuidador;
- A assistência técnica deverá ocorrer durante **toda a vigência do contrato** e deverá ser feita imediatamente e, de preferência, **nos locais onde estiverem instalados os equipamentos**, por pessoal técnico, de forma a não paralisar as atividades dos equipamentos, correndo por conta da detentora do contrato, as despesas com transportes e outras despesas técnicas;
- Caberá à empresa, a responsabilidade de comunicar ao Serviço Social e/ou o Gestor do Contrato sobre o uso inadequado ou o não uso do oxigênio domiciliar, quando observado em sua visita técnica;
- A empresa contratada deverá efetuar a **substituição dos equipamentos** que apresentarem defeitos e não puderem ser sanados no prazo de no máximo 6 (seis) horas, sob pena de responsabilização a qualquer dano causado ao paciente;
  - Emitir nota fiscal de acordo com o estabelecido em contrato;
  - Atender ao chamado (intercorrências) do paciente sempre que necessário;
  - A empresa se responsabilizará pelos danos causados a terceiros;
  - Fazer cumprir as demais atribuições do contrato.

## **1.2.3 SERVIÇO SOCIAL**

- Comunicar a Estratégia Saúde da Família, Gestor do Contrato e a empresa fornecedora a inclusão de usuários(as) no programa para acompanhamento da equipe e o desligamento de usuários(as) no programa para controle de pagamento, via e-mail;
- Orientar ao usuário/responsável solicitar transporte sanitário equipado com suporte de oxigênio ao Enfermeiro da Unidade Básica de Saúde para consultas, exames ou procedimentos referentes à saúde;
- Informar o usuário(a) a respeito do programa Tarifa social, conforme lei nº12.212 de 20 de janeiro de 2010;
- Informar o usuário(a) que o concentrador de oxigênio é mantido com recursos próprios da prefeitura de Sengés, não podendo portanto, ser retirado do município;
- Orientar quanto a obrigatoriedade da **avaliação bimestral com médico** do SUS através de visita domiciliar;
- Apresentar ao usuário(a)/familiar o termo de responsabilidade sobre o equipamento e arquivá-lo mediante assinatura;
- Confirmar a permanência ou exclusão dos usuários do programa para o Gestor do Contrato até o dia 25 do mês, após visita domiciliar do médico e enfermeiro.

## **1.2.4 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

- Acolher paciente que apresentar-se com prescrição médica para inclusão no PODP e realizar o encaminhamento para o Serviço Social;
- A UBS deverá realizar visitas domiciliares para monitoramento dos pacientes assistidos conforme descrito no item 1.1;
- A UBS deverá informar o Serviço Social, até o dia 20 de cada mês, a confirmação ou não da continuidade dos usuários no programa ;
- Serviço social após confirmação da UBS deve encaminhar para o Gestor do Contrato;
- As UBS's deverão efetuar o registro no prontuário do paciente sempre que realizarem visitas.

### **1.2.5 USUÁRIO/RESPONSÁVEL/CUIDADOR**

- Apresentar a documentação solicitada para autorização e manutenção do PODP;
- Concordar e assinar o Termo de Responsabilidade para o PODP;
- Manter a higiene da casa e dos equipamentos usados na oxigenoterapia;
- Usar a quantidade de oxigênio conforme prescrição médica;
- Informar a UBS sobre internação hospitalar, retorno ao domicílio após a alta, mudança de endereço, viagens, óbito, etc.;
- Comunicar à empresa fornecedora de oxigênio e o serviço social da SMS problemas com os dispositivos;
- Solicitar o abastecimento do cilindro de reserva (kit backup) em caso de falta de energia;
- O usuário deverá garantir o acesso da empresa à residência, local para descarga de cilindros;
- O usuário deverá garantir o acesso dos profissionais de saúde à residência, para acompanhamento;
- Responsabilizar-se pela manutenção e armazenamento correto dos equipamentos;
- **Ao usuário é vedado o transporte do cilindro de oxigênio em veículo que não seja adequado ao tipo de produto transportado conforme a resolução ANTT nº 3665/2011;**
- Cabe ao usuário/responsável solicitar transporte sanitário equipado com suporte de oxigênio ao Enfermeiro da UBS para consultas, exames ou procedimento referente à saúde com no mínimo de 7 dias de antecedência;
- Ao usuário não será autorizado o deslocamento dos aparelhos para fora da residência, em se comprovado, o não cumprimento estará passível de punição através de processo judicial e exclusão do usuário do programa;
- Comunicar ao Serviço Social e/ou equipe ESF o não uso do concentrador e do cilindro após alta da terapia, para evitar que diárias sejam cobradas indevidamente. Caso ocorra o descumprimento desta normativa, imputa-se ao paciente o pagamento das despesas referidas pelo período não utilizado.

## **1.3 CUIDADOS COM A OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR**

### **1.3.1 CUIDADOS BASICOS COM O CONCENTRADOR E CILINDRO DE OXIGENIO DOMICILIAR**

Para evitar acidentes

- A fonte de oxigênio não é combustível por si próprio, mas pode sofrer combustão quando próximo ao fogo;
- Não fumar e não utilizar o cilindro/concentrador próximo de fumantes, manter suas mãos sempre limpas, sem cremes, graxas, óleos ou outras substâncias de qualquer espécie que possam sofrer combustão;
- Não utilize óleos, gorduras ou qualquer substância para lubrificar as válvulas e os reguladores;
- Utilize o cilindro e o concentrador em local ventilado;
- Cuidados com aparelhos elétricos que possam emitir faíscas;
- Transportar o cilindro no ambiente domiciliar com cuidado para evitar queda e risco de explosão;
- Nunca deite o concentrador/ cilindro;
- Não colocar o concentrador/cilindro próximo de qualquer fonte de calor (fogão, churrasqueira, cigarro, lareira). O cilindro deve estar no mínimo a 5 (cinco) metros de distância da fonte;
- Não permitir que crianças transitem ou brinquem próximas ao cilindro/concentrador, a fim de evitar acidentes;
- Não levar cilindros para igrejas, parques, restaurantes ou qualquer outro local fora do domicílio.

### **1.3.2 CUIDADOS ESPECÍFICOS COM O CONCENTRADOR DE OXIGENIO**

O concentrador de oxigênio é um aparelho elétrico que permite reter o nitrogênio e outros gases contidos no ar ambiente, proporcionando ao paciente oxigênio suplementar com uma concentração na faixa de 90% a 95%, conforme o fluxo prescrito.

#### Orientações

- Ligar o concentrador em uma tomada exclusiva para este aparelho sem o uso de benjamim ou extensão, lembrar de verificar voltagem antes do uso;
- Posicione o concentrador em local onde haja boa circulação de ar, afastado de paredes, cortinas, etc.;
- O frasco do umidificador deverá ser preenchido com água destilada, filtrada ou fervida ou água mineral entre o nível mínimo e o nível máximo indicado no frasco;
- O umidificador deverá ser lavado diariamente;
- A água deve ser trocada todos os dias;
- O filtro de ar deve estar bem seco para retornar para o concentrador, o mesmo deverá ser limpo com o auxílio de uma escova no mínimo duas vezes por semana (aparelhos que possuem filtro de ar externo e removível).

### **1.3.3 CUIDADOS ESPECÍFICOS COM O CILINDRO DE OXIGÊNIO**

- O cilindro deverá ser mantido em pé, com suporte adequado que garanta a segurança do dispositivo, do usuário e terceiros, para evitar acidentes;
- Mantê-lo em lugar bem ventilado;
- Certifique-se de que o cilindro esteja distante pelo menos 5 (cinco) metros de qualquer fonte de calor;

- Não acumular cilindros no domicílio.

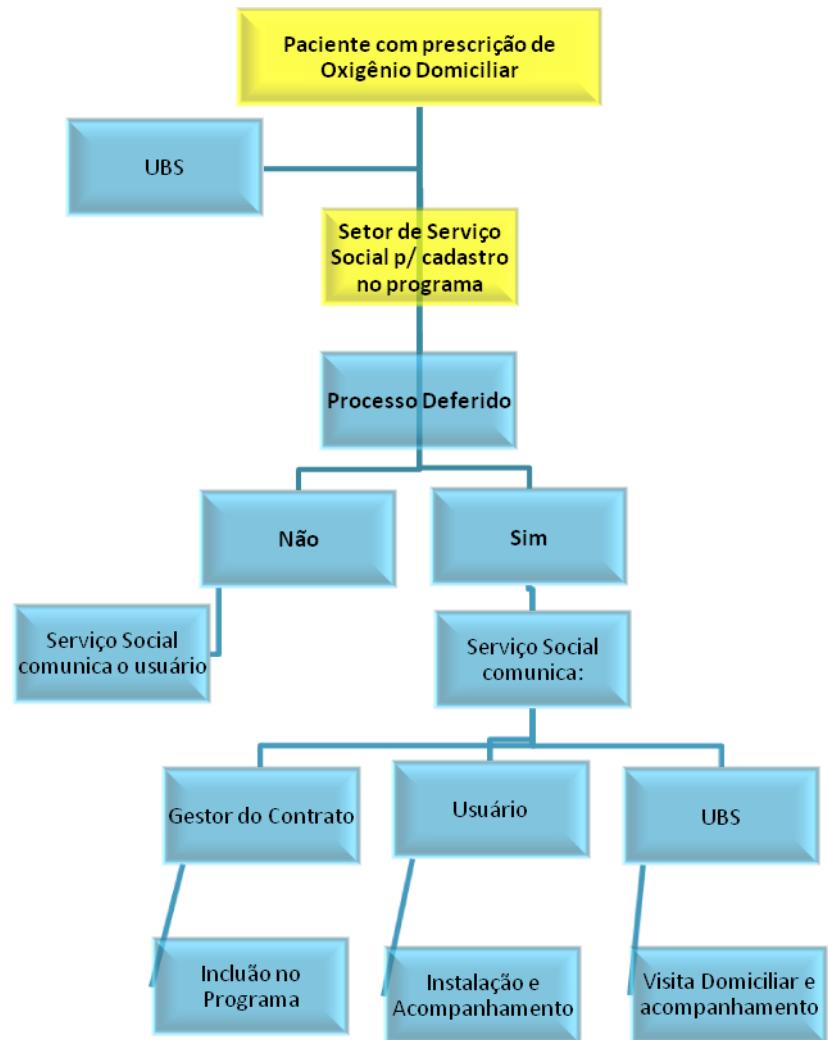
#### **1.3.4 HIGIENIZAÇÃO DO UMIDIFICADOR, MÁSCARA, CÂNULA NASAL E EXTENSÃO DA CÂNULA**

- O umidificador deverá ser lavado diariamente em água corrente e sabão neutro e colocado para secar sobre pano limpo;
- A água a ser utilizada deverá ser fervida ou filtrada e estar em temperatura ambiente. Trocar diariamente;
- A troca do umidificador deverá ser realizada no mínimo a cada 6 meses pela empresa vencedora da licitação;
- O frasco do umidificador deverá ser preenchido com água entre o nível mínimo e o nível máximo indicado no frasco;
- Quando o nível de água do umidificador estiver baixo, desprezar a água restante e colocar nova água para evitar que se torne meio de cultura;
- Para limpeza da máscara, cânula nasal e da extensão da cânula, deixe-os de molho em uma bacia com água e sabão neutro durante meia hora e depois lave em água corrente. Deixe secar pendurando-o de forma que toda umidade escorra para fora da cânula;
- A troca da cânula nasal deverá ser realizada no mínimo a cada três meses ou quando necessário pela empresa vencedora da licitação.

### **1.3.5 OBSERVAÇÕES**

- Administrar o oxigênio como prescrito, não aumentar a concentração sem nova prescrição médica;
- O oxigênio deve sempre ser administrado umidificado, pois pode causar lesão no epitélio da mucosa nasal;
- Limpar as narinas e observar se a cânula não está obstruída;
- Os cilindros que serão fornecidos pela Secretaria para uso domiciliar corresponderá ao tamanho 1 ou 4m<sup>3</sup> e será utilizado pelos usuários cadastrados no PODP, conforme autorização da assistente social. Quando houver necessidade de deslocamento do domicílio para Hospitais, Clínicas e Consultórios Médicos, o mesmo deverá ser feito com transporte adequado (ambulância);
- Intercorrências não previstas neste protocolo deverão ser encaminhadas para ciência e avaliação do **Gestor do Contrato.**

#### 1.4 FLUXOGRAMA DE CADASTRO DO PACIENTES E ACOMPANHAMENTO



**SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA**

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**

Eu, \_\_\_\_\_ IDS \_\_\_\_\_,  
Portador do RG nº \_\_\_\_\_, Órgão Expedidor \_\_\_\_\_,  
CPF nº \_\_\_\_\_ e Cartão SUS \_\_\_\_\_,  
residente à rua \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,  
bairro \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_

Recebi:       Concentrador de oxigênio e acessórios para uso domiciliar.  
                   Cilindro de gás sob pressão fonte estacionária e acessórios para uso domiciliar.

Estou ciente de minha inteira responsabilidade na guarda e conservação dos equipamentos fornecidos; dessa forma deverei consertar por quebra em caso de uso inadequado (ex.: queda); pagar por uso de cilindro backup, no caso da utilização do mesmo sem que tenha ocorrido a falta de energia elétrica na residência; no compromisso assumido de apresentar receitas e relatórios médicos nos prazos estabelecidos pelos profissionais de saúde; bem como comunicar à Unidade Básica de Saúde e/ou Serviço Social qualquer situação que interrompa o uso pelo paciente; não transportar os equipamentos para fora da residência; é proibido o transporte de cilindros de oxigênio em automóveis particulares, o translado deverá ser realizado através da Secretaria Municipal de Saúde; em caso de perda ou roubo, deverá elaborar e apresentar o Boletim de Ocorrência Policial referente ao fato.

**Paciente deve respeitar as normas do acompanhamento bimestral pela Unidade Básica de Saúde, seja indo até a UBS quando solicitado ou recebendo a equipe de saúde no domicílio, com risco de perder o direito à Oxigenoterapia Domiciliar pelo SUS.**

Declaro que recebi da equipe de saúde, todas as orientações quanto a utilização correta do equipamento, bem como sobre o risco de explosão em função do uso de oxigênio próximo a fontes de calor, aparelhos eletrônicos que produzam faísca, fogo e principalmente cigarro, conforme Protocolo de Oxigenoterapia domiciliar.

Assumo toda e qualquer consequência de meus atos no caso de ser detectada irregularidade.

Após ter lido este termo de esclarecimento e responsabilidade e tendo compreendido seus termos, assumo o compromisso e eventual consequência, o qual faço livre e voluntariamente, sem qualquer coerção.

**USUÁRIO DO PROGRAMA**

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

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

Local e data: \_\_\_\_\_

**FAMILIAR/RESPONSÁVEL**

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

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

Local e data: \_\_\_\_\_

**SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR - ROTEIRO PARA VISITA**

1. Dispositivo de Oxigenoterapia em uso:

Cilindro ( ) capacidade \_\_\_\_\_

Nome:	IDS:
Idade:	Sexo: ( ) M ( ) F
Data nascimento: ___/___/___	Data inclusão: ___/___/___
UBS:	Data da visita:
ACS responsável:	
Assistente social responsável:	
Diagnóstico médico:	CID:
Médico responsável (especialidade):	
Fluxo de oxigênio prescrito: _____ L/min	Tempo de uso prescrito: _____ horas/dia ( ) uso contínuo

Concentrador ( ) BIPAP ( ) CPAP ( ) VMI ( )

Cânula nasal ( ) Máscara facial ( ) Máscara de Venturi ( ) Traqueostomia ( )

2. Paciente é fumante? Sim ( ) Não ( )

3. Alguém que reside na mesma casa é fumante? Sim ( ) Não ( )

4. Possui oxímetro? Sim ( ) Não ( )

5. Se sim, utiliza o oxímetro com que frequência? \_\_\_\_\_

Saturação de O<sub>2</sub> no momento da visita: \_\_\_\_\_

Em uso de O<sub>2</sub>? ( ) Sim ( ) Não

6. O paciente usa regularmente oxigênio? Sim ( ) Não ( )

7. Se sim, quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_

8. Quantos litros de O<sub>2</sub> em uso? \_\_\_\_\_ FiO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

9. O paciente apresentou alguma piora do quadro respiratório necessitando de atendimento médico? Sim ( ) Não ( ) Data:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Observações \_\_\_\_\_

10. Se sim, aumentou ou diminuiu o consumo de oxigênio? Quanto? \_\_\_\_\_

11. Qual a data da última consulta médica com o pneumologista? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

12. Possui data para a próxima consulta com o pneumologista? Sim ( ) Não ( ) Quando? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

13. A empresa realizou algum procedimento? Sim ( ) Não ( )

Qual: \_\_\_\_\_