



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

NOTA TÉCNICA nº 12/2024 DIAF/SAS/SES/SC

Assunto: Orientações sobre o atendimento em Santa Catarina de pacientes provenientes do Rio Grande do Sul (RS) com os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

Considerando a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017: Consolidação das Normas sobre as Políticas Nacionais de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Anexo XXVIII - Título IV - Trata das regras de Financiamento e Execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF, no âmbito do SUS;

Considerando a Retificação da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União nº 71 de 13/04/2018;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017: Consolidação das Normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Título V - Capítulos II e III - Trata do Financiamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;

Considerando o Projeto de Decreto Legislativo nº 236/2024 que reconhece para fins do disposto no art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), a ocorrência do estado de calamidade pública em parte do território nacional, para atendimento às consequências derivadas de eventos climáticos no Estado do Rio Grande do Sul.

Considerando a Nota Informativa nº 6/2024 - CGCEAF/DAF/SECTICS/MS, de 09 de maio de 2024, que orienta sobre a flexibilização das regras de execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) no Estado do Rio Grande do Sul durante o período de 3 meses, a contar da data do início da vigência do Decreto Legislativo resultante do PDL 236/2024, que reconhece estado de calamidade pública no Rio Grande do Sul, o qual foi promulgado no dia 07/05/2024, pelo presidente do Congresso Nacional.

Red. DIAF/GETAF/GEAAF



Diretoria de Assistência Farmacêutica - DIAF
Rua Esteves Júnior, nº 390 – Anexo I – 1º andar – Centro
Florianópolis / SC - 88015-130
Telefone: (48) 3665 4508 / 3665 4509 e-mail: diaf@saude.sc.gov.br



Informamos:

Diante da situação de calamidade pública que atinge o estado do Rio Grande Sul, e a possibilidade de moradores daquele estado migrarem temporariamente para Santa Catarina em razão da proximidade geográfica entre os dois territórios, e visto que, muitas destas pessoas são pacientes que utilizam medicamentos do CEAF, foi autorizado conforme Nota Informativa nº 6 - CGCEAF/DAF/SECTICS/MS, de 09 de maio de 2024, a flexibilização das dispensações de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) entre os Estados implicados.

Ressaltamos que trata-se de fluxo de atendimento excepcional e temporário, exclusivamente para pacientes cadastrados no CEAF do Rio Grande do Sul, afetados pela calamidade pública.

Diante do exposto orientamos que:

- A Unidade de Assistência Farmacêutica (UAF) que receber pacientes que foram afetados pelas cheias do Rio Grande do Sul, e que estão cadastrados no CEAF do seu estado de origem poderão ser atendidos em SC conforme segue:

- O paciente deverá apresentar documentos pessoais (CPF, RG e CNS), preencher a **Declaração para dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) para atendimento de forma temporária aos pacientes provenientes do estado do Rio Grande do Sul**, com as informações pessoais e medicamentos cadastrados no CEAF do RS.

- Caso o paciente não apresente os documentos pessoais por motivo de extravio, poderá ser aceito somente a declaração preenchida e assinada. O paciente poderá autorizar outra pessoa a retirar o(s) medicamento(s) em seu nome, utilizando a Declaração Autorizadora para Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF.

- A UAF deverá enviar a declaração preenchida para a DIAF através do e-mail: diaf.getaf@saude.sc.gov.br com o assunto: **Paciente RS**.

- A DIAF entrará em contato com a Assistência Farmacêutica do Rio Grande do Sul para certificar-se que este paciente está com o cadastro ativo e apto para receber o(s) medicamento (s).

- A DIAF analisará a disponibilidade de estoque e conforme a situação será autorizada a dispensação, respondendo ao e-mail enviado pela UAF.

- A dispensação deverá ser **somente** dos medicamentos e nas quantidades conferidas pela DIAF, utilizando o Recibo de Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - RME (recibo manual), modelo disponível no sítio eletrônico da SES.

Red. DIAF/GETAF/GEAAF



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Após o atendimento por recibo manual, a UAF deverá solicitar o ajuste de estoque no sistema SISMEDEX, por meio do envio do Recibo de Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - RME (recibo manual) devidamente assinado pelo usuário e o profissional responsável pela dispensação e do Formulário para Movimentação de Estoque (disponível no sítio eletrônico da DIAF/SES) devidamente preenchido para o email sismedex@saude.sc.gov.br.

Todos os documentos citados nesta Nota Técnica estão disponíveis no sítio eletrônico da Secretaria de Estado de Saúde em: www.saude.sc.gov.br → Profissionais de Saúde → Assistência Farmacêutica - DIAF → Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF → Documentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Esta Nota Técnica entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Florianópolis, 10 de maio de 2024.

(assinado digitalmente)

Maria Teresa Bertoldi Agostini

Diretora de Assistência Farmacêutica

(assinado digitalmente)

Lia Quaresma Coimbra

Gerente Técnica de Assistência Farmacêutica

(assinado digitalmente)

Maiele da Silva Boller

Gerente Administrativa da Assistência Farmacêutica

Red. DIAF/GETAF/GEAAF



Diretoria de Assistência Farmacêutica - DIAF

Rua Esteves Júnior, nº 390 – Anexo I – 1º andar – Centro

Florianópolis / SC - 88015-130

Telefone: (48) 3665 4508 / 3665 4509 e-mail: diaf@saude.sc.gov.br



GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



DECLARAÇÃO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (CEAF) PARA ATENDIMENTO DE FORMA TEMPORÁRIA AOS PACIENTES PROVENIENTES DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

NOTA INFORMATIVA nº 6/2024-CGCEAF/DAF/SECTICS/MS

Pelo presente instrumento particular eu, _____, identidade nº _____, órgão emissor/UF _____ CPF nº _____, CNS nº _____, residente e domiciliado em _____, na cidade de _____/RS, venho por meio da presente declaração solicitar a dispensação do(s) medicamento(s), em razão de situação de calamidade pública que atinge o estado do Rio Grande Sul.

Medicamento: _____, dose _____ e quantidade _____.
 Medicamento: _____, dose _____ e quantidade _____.
 Medicamento: _____, dose _____ e quantidade _____.
 Medicamento: _____, dose _____ e quantidade _____.
 Medicamento: _____, dose _____ e quantidade _____.

Declaro estar ciente de que a partir do momento da dispensação do(s) medicamento(s), sou inteiramente responsável quanto a conservação do(s) medicamento(s) sob minha guarda.

Afirmo, ainda, sob pena de incorrer no crime de falsidade ideológica descrito no Artigo 299 do Código Penal, que a presente declaração é verdadeira e que o medicamento a ser retirado será destinado para meu uso exclusivo, nos termos da autorização dada pelo CEAF/SC.

Assinatura do paciente ou responsável

_____/_____/_____
Local e Data

Art. 299 -...Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

ANEXAR CÓPIA DO RG, CPF E CNS, SE POSSÍVEL



GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
GERÊNCIA TÉCNICA



**DECLARAÇÃO AUTORIZADORA PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS
DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - CEAF**

Pelo presente instrumento particular de autorização eu, _____
_____, identidade nº _____,
órgão emissor/UF _____ residente e domiciliado à _____,
_____ na cidade de _____/SC,
responsável por _____
venho através da presente, autorizar:

Nome: _____, RG nº _____,
CPF nº _____, telefone(s): _____;

Nome: _____, RG nº _____,
CPF nº _____, telefone(s): _____;

Nome: _____, RG nº _____,
CPF nº _____, telefone(s): _____;

a retirar em meu nome o(s) medicamento(s) fornecido(s) pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de Santa Catarina (CEAF/SC).

Afirmo, sob pena de incorrer no crime de falsidade ideológica descrito no Artigo 299 do Código Penal, que a presente declaração é verdadeira e que o medicamento a ser retirado será destinado para meu uso exclusivo, nos termos da autorização dada pelo CEAF/SC.

_____, ____/____/____

Assinatura do paciente ou responsável

Art. 299 -...Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

RECIBO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTO

Número da APAC

Vigência / / a / /

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente

CNS

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

Nome do estabelecimento

CNES

DISPENSAÇÃO

1º MÊS

Medicamento	Quantidade autorizada	Quantidade dispensada	Data de entrega

Declaro que foi dispensado o(s) medicamento(s) bem como foram fornecidas as seguintes orientações, quanto:

Armazenagem Interação com medicamentos e alimentação
 Administração Efeitos adversos Situações especiais (idade, gestação...)

CNS do Farmacêutico Responsável

Assinatura/carimbo do Farmacêutico Responsável

Declaro que recebi o(s) medicamento(s) acima descrito(s) e fui informado das orientações sobre o seu correto uso e armazenamento.

paciente responsável representante

Assinatura

2º MÊS

Medicamento	Quantidade autorizada	Quantidade dispensada	Data de entrega

Declaro que foi dispensado o(s) medicamento(s) bem como foram fornecidas as seguintes orientações, quanto:

Armazenagem Interação com medicamentos e alimentação
 Administração Efeitos adversos Situações especiais (idade, gestação...)

CNS do Farmacêutico Responsável

Assinatura/carimbo do Farmacêutico Responsável

Declaro que recebi o(s) medicamento(s) acima descrito(s) e fui informado das orientações sobre o seu correto uso e armazenamento.

paciente responsável representante

Assinatura

3º MÊS

Medicamento	Quantidade autorizada	Quantidade dispensada	Data de entrega

Declaro que foi dispensado o(s) medicamento(s) bem como foram fornecidas as seguintes orientações, quanto:

Armazenagem Interação com medicamentos e alimentação
 Administração Efeitos adversos Situações especiais (idade, gestação...)

CNS do Farmacêutico Responsável

Assinatura/carimbo do Farmacêutico Responsável

Declaro que recebi o(s) medicamento(s) acima descrito(s) e fui informado das orientações sobre o seu correto uso e armazenamento.

paciente responsável representante

Assinatura



Assinaturas do documento



Código para verificação: **G853ZDH9**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

✓ **MARIA TERESA BERTOLDI AGOSTINI** (CPF: 642.XXX.309-XX) em 10/05/2024 às 17:51:57
Emitido por: "SGP-e", emitido em 26/07/2018 - 13:27:30 e válido até 26/07/2118 - 13:27:30.
(Assinatura do sistema)

✓ **LIA QUARESMA COIMBRA** (CPF: 851.XXX.989-XX) em 10/05/2024 às 17:51:58
Emitido por: "SGP-e", emitido em 13/07/2018 - 14:32:30 e válido até 13/07/2118 - 14:32:30.
(Assinatura do sistema)

✓ **MAIELE DA SILVA BOLLER** (CPF: 043.XXX.929-XX) em 10/05/2024 às 17:53:55
Emitido por: "SGP-e", emitido em 13/07/2018 - 14:36:50 e válido até 13/07/2118 - 14:36:50.
(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VTXzcwNTIfMDAwMDI4NTBfMjkxOF8yMDI0X0c4NTNaREg5> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00002850/2024** e o código **G853ZDH9** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.