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

Assunto: Orientações sobre 0 atendimento Santa em Catarina de pacientes provenientes do Rio Grande do Sul (RS) com os medicamentos 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 acões e os servicos 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





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





- 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 Assistência da Farmacêutica

Red. DIAF/GETAF/GEAAF





Florianópolis / SC - 88015-130



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

		, ider	ntidade nº
orgão emissor/UF	CPF nº		_, CNS nº
residente e domiciliado em			
na cidade de		/RS, ve	enho por meio da presente declaração solicit
a dispensação do(s) medica	amento(s), em razão de si	tuação de ca	lamidade pública que atinge o estado do R
Grande Sul.			
Medicamento:	,	dose	e quantidade
			e quantidadee
			e quantidadee
			e quantidadee
			e quantidade
inteiramente responsável qu	anto a conservação do(s) m	nedicamento(s	da dispensação do(s) medicamento(s), so s) sob minha guarda.
inteiramente responsável qu Afirmo, ainda, so	ranto a conservação do(s) m ob pena de incorrer no crin aração é verdadeira e que	nedicamento(s ne de falsidad o medicamen	da dispensação do(s) medicamento(s), so
inteiramente responsável qu Afirmo, ainda, so Penal, que a presente decla	ranto a conservação do(s) m ob pena de incorrer no crin aração é verdadeira e que	nedicamento(s ne de falsidad o medicamen	da dispensação do(s) medicamento(s), so s) sob minha guarda. e ideológica descrito no Artigo 299 do Códig
inteiramente responsável qu Afirmo, ainda, so Penal, que a presente decla	ranto a conservação do(s) m ob pena de incorrer no crin aração é verdadeira e que	nedicamento(s ne de falsidad o medicamen	da dispensação do(s) medicamento(s), so s) sob minha guarda. e ideológica descrito no Artigo 299 do Códig
inteiramente responsável qu Afirmo, ainda, so Penal, que a presente decla	ranto a conservação do(s) mob pena de incorrer no crinaração é verdadeira e que orização dada pelo CEAF/SC	nedicamento(s ne de falsidad o medicamen	da dispensação do(s) medicamento(s), so) sob minha guarda. e ideológica descrito no Artigo 299 do Códig to a ser retirado será destinado para meu us
inteiramente responsável qu Afirmo, ainda, so Penal, que a presente decla	ranto a conservação do(s) m ob pena de incorrer no crin aração é verdadeira e que	nedicamento(s ne de falsidad o medicamen	da dispensação do(s) medicamento(s), so) sob minha guarda. e ideológica descrito no Artigo 299 do Códig to a ser retirado será destinado para meu us
inteiramente responsável qu Afirmo, ainda, so Penal, que a presente decla	ranto a conservação do(s) mob pena de incorrer no crinaração é verdadeira e que orização dada pelo CEAF/SC	nedicamento(s ne de falsidad o medicamen	da dispensação do(s) medicamento(s), so) sob minha guarda. e ideológica descrito no Artigo 299 do Códig to a ser retirado será destinado para meu us
inteiramente responsável qu Afirmo, ainda, so Penal, que a presente decla	ranto a conservação do(s) mob pena de incorrer no crinaração é verdadeira e que orização dada pelo CEAF/SC	ne de falsidad o medicamen c.	da dispensação do(s) medicamento(s), so) sob minha guarda. e ideológica descrito no Artigo 299 do Códig to a ser retirado será destinado para meu us

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 ASSISTENCIA FARMACÊUTICA GERÊNCIA TÉCNICA



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

Pelo presente	instrumento particular de autorização eu, _	
	, iden	tidade nº
órgão emissor/UF	residente e domiciliado à	
	na o	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):	
Farmacêutica do Estado de Afirmo, sob	Santa Catarina (CEAF/SC). pena de incorrer no crime de falsidade ideo é verdadeira e que o medicamento a ser re	lo Componente Especializado da Assistência ológica descrito no Artigo 299 do Código Penal, etirado será destinado para meu uso exclusivo,
	,	
	Assinatura do paciente ou respo	onsável

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 E ENDEREÇO DO(S) AUTORIZADO(S)



Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde Secretaria de Estado da Saúde

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

COMI CHENTE ESI ECIALIZADO DA ASSISTENCIA I ARMACECTICA						
RECIBO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTO						
Númer	o da APAC Vigé	ència/_	a _			
K1.	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENT	E				
~ Nome	e do Paciente CNS					
		IDE (EVES:				
No.	IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAU me do estabelecimento	CNES -	UIANIE)			
		SINES -				
	DISPENSAÇÃO					
	Medicamento	Quantidade autorizada	Quantidade dispensada	Data de entrega		
		autorizaua	uispeiisaua	ona ega		
ဟ	<u> </u>					
MÊ						
10 N	Declaro que foi dispensado o(s) medicamento(s) bem como foram fornecidas as seguintes orientações, quanto:	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				
_	Armazenagem Interação com medicamentos e alimentação					
	Administração Efeitos adversos Situações especiais (idade, gestação)					
	CNS do Farmacêutico Responsável			//		
	Assinatura/carimbo do Farmacêutico Responsável		Assinatura			
	Medicamento	Quantidade autorizada	Quantidade	Data de		
		autorizaua	dispensada	entrega		
ဟ						
ΜÊ	Declare was fel dispensed a (a) medicaments (a) beauty (a) and (b)	D I				
20	Declaro que foi dispensado o(s) medicamento(s) bem como foram fornecidas as seguintes orientações, quanto:	descrito(s) e fu	ui informado das	orientações		
	Armazenagem Interação com medicamentos e alimentação Administração Efeitos adversos Situações especiais (idade, gestação)	l	orreto uso e arma ☐responsável	azenamento.		
	CNS do Farmacêutico Responsável		i responsavei	□ representante		
	Assinatura/carimbo do	Accineture				
	Farmacêutico Responsável		Assinatura			
	Medicamento	Quantidade autorizada	Quantidade dispensada	Data de entrega		
S	Declaro que foi dispensado o(s) medicamento(s) bem como foram fornecidas as	Declaro que re	cebi o(s) medic	amento(s) acima		
Ĭ	seguintes orientações, quanto:	1 ' '	ui informado das	· 11		
3° MÉ	seguintes orientações, quanto: Armazenagem Interação com medicamentos e alimentação	sobre o seu co	orreto uso e arm	· 11		
3° MÊ	seguintes orientações, quanto: Armazenagem Interação com medicamentos e alimentação Administração Efeitos adversos Situações especiais (idade, gestação)	sobre o seu co		azenamento.		
3° MÉ	seguintes orientações, quanto: Armazenagem Interação com medicamentos e alimentação	sobre o seu co	orreto uso e arm	azenamento.		

FORMULÁRIO PARA INVENTÁRIO SISMEDEX / CEAF

ESTADO DE SANTA CATARINA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA Data:/ Unidade de Assistência:			FORMULÁRIO PARA INVENTÁRIO SISMEDEX / CEAF Observar as orientações para preenchimento abaixo. Responsável:			
Medicamento	Fabricante	Lote	Validade	Qtd (E ou S)	Motivo e Justificativa	

- Este formulário só será analisado se estiver devidamente e completamente preenchido digitalmente; 1.
- 2. Para ajuste de estoque em inventário a unidade não poderá movimentar o estoque (entrada de guia e dispensação) até a finalização da análise pela DIAF;
- 3. Inserir neste formulário somente medicamentos com divergência;
- 4. O preenchimento deverá ser feito utilizando a grafia exata como consta nos relatórios do SISMEDEX para que não haja divergência nas informações;
- 5. Encaminhar por e-mail para sismedex@saude.sc.gov.br. UNICEAF deverão encaminhar em cópia para a UNIAFARS a qual é vinculada;
- Na coluna quantidade (Qtd) escrever antes das quantidades o tipo de movimentação Entrada (E) ou Saída (S); 6.
- 7. Para os medicamentos da Portaria SVS/MS nº 344/98, é obrigatório anexar o Auto de Intimação ou Declaração da VISA devidamente preenchido e assinado;
- 8. Todas as solicitações de ajustes deverão apresentar o motivo e justificativa;
- 9. Quando o ajuste se referir à guia de remessa, é obrigatório informar o número da guia de remessa no campo Motivo e Justificativa;
- 10. Para ajuste de medicamento VENCIDO, este será o Motivo que deverá ser justificado com o porquê do vencimento.

GEAAF Mai 2023





Florianópolis / SC - 88015-130

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



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 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.