



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**  
INSTRUÇÃO NORMATIVA SSP Nº 001/2015

*“Dispõe sobre orientações e procedimentos para o funcionamento, o controle e a dispensação de medicamentos e a distribuição de materiais médico-clínico.”*

**Versão:** 01

**Aprovação em:** 20/02/2015

**Ato de aprovação:** Decreto nº 665/2015

**Unidade Responsável:** Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS, através da Coordenação de Assistência Farmacêutica.

**CAPÍTULO I**  
**DA FINALIDADE**

**Art. 1º.** A presente Instrução Normativa tem por finalidade dispor sobre as rotinas relacionadas a dispensação de medicamentos aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e distribuição de material médico-clínico para os estabelecimentos de saúde, com o propósito de padronizar as condutas relacionadas a dispensação de medicamentos por todas as Unidades de Dispensação de Medicamentos - UDM's localizadas nos estabelecimentos de saúde municipais e Farmácia Municipal Central - FMC.

**CAPÍTULO II**  
**DA ABRANGÊNCIA**

**Art. 2º.** A presente Instrução Normativa abrange todas as UDM's localizadas nos estabelecimentos de saúde municipais, FMC, Central de Abastecimento



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

Farmacêutico - CAF e Almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS quer como executores de tarefas ou como responsáveis pela solicitação, guarda e distribuição dos medicamentos e materiais médico-clínico.

**CAPÍTULO III  
DOS CONCEITOS**

**Art. 3º.** Para os fins desta Instrução Normativa considera-se:

**I. almoxarifado:** ambiente destinado à estocagem de medicamentos e produtos para a saúde;

**II. central de abastecimento farmacêutico - CAF:** unidade de assistência farmacêutica que serve para o armazenamento de medicamentos e correlatos, onde são realizadas atividades quanto à sua correta recepção, estocagem e distribuição;

**III. classe terapêutica:** categoria que congrega medicamentos com propriedades e/ou efeitos terapêuticos semelhantes;

**IV. denominação comum brasileira - DCB:** denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativa aprovada pelo órgão federal responsável pela Vigilância Sanitária;

**V. dispensação:** ato de fornecimento ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não;

**VI. doença aguda:** doença relativamente grave de curta duração;



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

**VII. doença crônica:** doença que tem uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alteração patológica não reversível, requerem treinamento especial do paciente para reabilitação, pode-se requerer um longo período de supervisão, observação ou cuidado. É uma doença que persiste por períodos superiores a seis meses e não se resolve em um curto espaço de tempo. São exemplos de doença crônica: diabetes, doença de Alzheimer, hipertensão, asma, AIDS, doenças autoimunes, entre outras. As doenças crônicas acompanham o indivíduo durante um tempo relativo da sua vida e, em muitos casos não há cura, apenas tratamentos periódicos, tornando-se assim um agravante no bem-estar e qualidade de vida do indivíduo;

**VIII. fluxograma:** demonstração gráfica das rotinas de trabalho relacionada às atividades/competências desempenhadas pelas unidades executoras para efetivação desta Instrução Normativa;

**IX. HÓRUS:** Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica. Sistema que atua como estratégia de qualificação da gestão, contribuindo para a ampliação do acesso e a promoção do uso racional dos medicamentos essenciais;

**X. material médico-clínico:** materiais médicos, hospitalares, odontológicos, laboratoriais e medicamentos indispensáveis às atividades dos profissionais de saúde nesses ambientes. Produto para a saúde, tal como, equipamento, aparelho, material, artigo ou sistema de uso ou aplicação médica, odontológica ou laboratorial, destinada à prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação ou anticoncepção e que não utiliza meio farmacológico, imunológico ou metabólico para realizar sua principal função em seres humanos podendo, entretanto, ser auxiliado em suas funções por tais meios;



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

**XI. medicamento:** produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa, de controle ou para fins de diagnóstico;

**XII. profissional de saúde prescritor:** cirurgião-dentista, enfermeiro e médico da rede de serviços municipal do SUS;

**XIII. receita ou prescrição:** é um documento escrito e dirigido ao farmacêutico, definindo qual o medicamento e como deve ser fornecido ao paciente, e a este, determinando as condições em que o medicamento deve ser utilizado. É efetuada por profissional devidamente habilitado;

**XIV. relação municipal de medicamentos essenciais - REMUME:** estabelece o elenco de medicamentos utilizados na Atenção Básica do município de Vila Pavão;

**XV. relação nacional de medicamentos essenciais - RENAME:** é um instrumento oficial que norteia a definição das políticas públicas para o acesso aos medicamentos no âmbito do Sistema de Saúde brasileiro;

**XVI. unidade de dispensação de medicamentos - UDM:** ambiente localizado junto a um estabelecimento de saúde municipal onde ocorre a dispensação de medicamentos;

**XVII. uso racional de medicamentos:** ocorre quando o paciente recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose correta, por um período de tempo adequado e ao menor custo, para si e para a comunidade.

**CAPÍTULO IV  
DA BASE LEGAL E REGULARMENTAR**



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

**Art. 4º.** A presente Instrução Normativa será executada com base nas disposições legais/normativas da Constituição Federal de 1988 (artigos 31, 70, 74 e 196 ao 200), Constituição Estadual (artigos 29, 70, 76, 77 e 159 ao 166), Lei Complementar 101/2000 (art. 59), Lei nº. 5.991/1973, Portaria SVS/MS nº 344/1998 (regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial e suas atualizações), Portaria SVS/MS nº 06/1999 (aprova a instrução normativa SVS/MS nº 344/1998), Portaria GM/MS nº 533/2012 (elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME – no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS), Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – Remume, Resolução RDC nº 20/2011 (Controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação); Portaria MS nº. 2583/2007 (elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo SUS, nos termos da Lei 11.347/2006, aos usuários portadores de Diabetes Mellitus), e Portaria GM/MS nº 1.555/2013 (Normas de financiamento de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS).

**CAPÍTULO V**  
**DAS RESPONSABILIDADES**

**Art. 5º.** Da Secretaria Municipal de Saúde:

- I. manter atualizada e orientar as UDM's, FMC, CAF e Almojarifado (unidades executoras) quanto a execução desta Instrução Normativa, supervisionando sua aplicação;
- II. promover a divulgação e implementação desta Instrução Normativa;
- III. disponibilizar os meios materiais para as unidades executoras, a fim de que essas possam cumprir as determinações previstas nesta Instrução Normativa.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

**Art. 6º.** Das Unidades de Dispensação de Medicamentos e Farmácia Municipal Central (unidades executoras):

I. alertar a SEMUS sobre alterações que se fizerem necessárias nas rotinas de trabalho, objetivando sua otimização, tendo em vista, principalmente o controle e dispensação de medicamentos;

II. manter esta instrução Normativa à disposição de todos os funcionários/servidores públicos, zelando pelo fiel cumprimento da mesma;

III. cumprir fielmente as determinações contidas nesta Instrução Normativa, relacionadas ao controle e dispensação de medicamentos e ao controle e distribuição materiais médicos-clínicos nos estabelecimentos de saúde municipais;

IV. solicitar à SEMUS os meios materiais para as unidades executoras, a fim de que essas possam cumprir as determinações previstas nesta Instrução de Normativa;

V. cabe a FMC a responsabilidade por realizar o cadastramento de pacientes insulino-dependentes para fornecimento de insumos (seringas para aplicação de insulina, tiras e lancetas para punção digital).

**Art. 7º.** Da Central de Abastecimento Farmacêutico e Almoxarifado (unidades executoras):

I. alertar a SEMUS sobre alterações que se fizerem necessárias nas rotinas de trabalho, objetivando sua otimização, tendo em vista, principalmente o acondicionamento, estoque, controle e distribuição dos medicamentos e materiais médico-clínico;



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

- II. manter esta instrução normativa à disposição de todos os funcionários/servidores públicos, zelando pelo fiel cumprimento da mesma;
- III. cumprir fielmente as determinações contidas nesta instrução normativa, relacionadas ao acondicionamento, estoque, controle e dispensação dos medicamentos e distribuição dos materiais médico-clínico;
- IV. solicitar à SEMUS os meios materiais para as unidades executoras, a fim de que essas possam cumprir as determinações previstas nesta Instrução de Normativa;
- V. realizar o correto armazenamento, controle de estoque e prazos de validade e a dispensação dos medicamentos e insumos do componente básico da assistência farmacêutica às UDM's e FMC;
- VI. garantir o abastecimento da FMC e das UDM's instaladas junto às Unidades Básicas de Saúde com relação a dispensação de medicamentos.

**CAPÍTULO VI**  
**DO CADASTRO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**Art. 8º.** Para proceder com a retirada de medicamentos nas UDM's e na FMC será necessária a realização do prévio cadastro do usuário, sistema próprio/ou terceirizado/ou através do Sistema HÓRUS - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica.

**Art. 9º.** Para a realização do cadastro de que trata o artigo anterior, o usuário ou seu representante legal deverá apresentar os seguintes documentos (do usuário):



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

- I. cartão Nacional do SUS;
- II. documento Oficial com foto (RG, Carteira de Habilitação ou Carteira de Trabalho);
- III. comprovante de residência;
- IV. CPF;
- V. Certidão de nascimento ou casamento.

**CAPÍTULO VII**  
**DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

**Art. 10.** Ao usuário será garantido o acesso universal e igualitário à Assistência Farmacêutica desde que satisfaçam, cumulativamente, as condições abaixo:

- I. estar assistido por ações e serviços de saúde do SUS e privado;
- II. ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS e privado;
- III. estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos (REMUME);

**Art. 11.** Todas as prescrições de medicamentos da rede de serviços municipal do SUS para serem atendidas deverão ser precedidas de consulta, devidamente registrada em prontuário, sujeitas ao controle e avaliação nas supervisões técnicas e/ou auditorias de rotina.

**Art. 12.** Todas as prescrições de medicamentos deverão apresentar:

- I. redação em letra legível, à tinta ou impressa, sem rasuras ou emendas;



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

II. identificação do município de atendimento;

III. nome completo do usuário;

IV. identificação dos medicamentos pela Denominação Comum Brasileira-DCB, em consonância com a legislação vigente, não sendo permitido o uso de abreviaturas e nome comercial;

V. concentração, forma farmacêutica, quantidade e posologia (dose, frequência e duração do tratamento) dos medicamentos;

VI. ser apresentada em 2 (duas) vias e prescritas em receituário padrão adotado pelo Município; e

VII. possuir data de emissão, assinatura e carimbo de identificação do prescritor legível ou nome do prescritor legível/assinatura, contendo número do registro no CRM, CRO ou COREN.

**Parágrafo único.** Caso a prescrição deixe de atender a um dos elementos exigidos nos incisos deste artigo, o servidor público responsável pela dispensação não entregará o medicamento ao usuário.

**Art. 13.** Para efeito de dispensação na rede municipal de saúde, as prescrições de medicamentos terão validade por 30 (trinta) dias, contados a partir da data de sua emissão, *exceto* prescrições de:

I. medicamentos pertencentes às classes terapêuticas-antibiótico-antimicrobianos: terão validade de 10 (dez) dias a partir da data de sua emissão, de acordo com o disposto em legislação específica vigente;



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

II. medicamentos pertencentes ao Programa de Hiperdia (para tratamento de hipertensão e diabetes) ou outras doenças crônicas (por exemplo: Asma, Osteoporose, Dislipidemia, Doença de Parkinson, Hipotireoidismo) com indicação de uso contínuo poderão ter validade por até 6 (seis) meses, e/ou observando o período de tratamento especificado no receituário médico, desde que não ultrapasse o período de máximo de 6 (seis) meses de tratamento;

III. medicamentos pertencentes a classe terapêutica - Talidomida: a Notificação de receita terá validade de 20 (vinte) dias a partir da data de sua emissão e somente dentro da unidade federativa onde foi emitida.

**Art. 14.** As prescrições de medicamentos emitidas por cirurgiões-dentistas deverão ater-se aos eventos que acometem sua área de atuação clínica e conter, no nível básico de atenção à saúde, medicamentos analgésicos não-opioides, antieméticos, anti-inflamatórios, anti-infecciosos (antibacterianos, antifúngicos, antivirais, antissépticos).

**Art. 15.** As prescrições de medicamentos emitidas por enfermeiros deverão ater-se aos eventos que acometem sua área de atuação clínica e constantes no Programa de Saúde da Mulher e Planejamento Familiar e/ou ainda, estar descrito nos Protocolos do Ministério da Saúde, conforme protocolo municipal.

**Art. 16.** A prescrição dos medicamentos sujeitos a controle especial deverá observar o disposto em legislação específica, merecendo destaque as seguintes informações:

I. a Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura;



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

II. as prescrições por cirurgiões dentistas e médicos veterinários só poderão ser feitas quando para uso odontológico e veterinário, respectivamente.

**SEÇÃO I**

**NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B (AZUL)**

**Art. 17.** A Notificação de Receita "B" (ANEXO II), de cor azul, impressa as expensas do profissional ou da instituição, terá validade por um período de 30 (trinta) dias contados a partir de sua emissão e somente dentro da Unidade Federativa que concedeu a numeração.

**Art. 18.** A Notificação de Receita "B" poderá conter no máximo 5 (cinco) ampolas e, para as demais formas farmacêuticas, a quantidade para o tratamento correspondente no máximo a 60 (sessenta) dias.

**Art. 19.** Acima das quantidades previstas na legislação vigente, o prescritor deve preencher uma justificativa contendo a Classificação Internacional de Doença - CID ou diagnóstico e posologia, datar e assinar, entregando juntamente com a Notificação de Receita "B" ao paciente para adquirir o medicamento em farmácia e drogaria.

**SEÇÃO II**

**RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (BRANCA CARBONADA)**

**Art. 20.** O formulário da Receita de Controle Especial (ANEXO III), válido em todo o Território Nacional, deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, manuscrito, datilografado ou informatizado, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia ou Drogaria" e "2ª via - Orientação ao Paciente".



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

**Art. 21.** Na receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial - Anexo) e "C5" (anabolizantes - Anexo) descritas na legislação sanitária vigente.

**Art. 22.** A prescrição poderá conter em cada receita, no máximo 3 (três) substâncias constantes da lista "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial) ou medicamentos que as contenham.

**Art. 23.** A quantidade prescrita de cada substância constante da lista "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial) ficará limitada a 5 (cinco) ampolas e para as demais formas farmacêuticas, a quantidade para o tratamento correspondente a no máximo 60 (sessenta) dias.

**Art. 24.** No caso de prescrição de substâncias ou medicamentos antiparkinsonianos e anticonvulsivantes, a quantidade ficará limitada até 6 (seis) meses de tratamento.

**Art. 25.** Acima das quantidades previstas, o prescritor deverá apresentar justificativa com o CID ou diagnóstico e posologia, datando e assinando as duas vias.

**SEÇÃO III**  
**NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA**

**Art. 26.** O medicamento à base de Talidomida poderá ser prescrito de acordo com as indicações listadas em legislação sanitária específica (Resolução RDC Nº 11, de 22/03/2011) e descritas na bula aprovada pela Anvisa.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

**Art. 27.** A prescrição do medicamento Talidomida somente poderá ser realizada por médicos inscritos no Conselho Regional de Medicina (CRM).

**Art. 28.** A prescrição de medicamentos à base de Talidomida deve ser realizada por meio de Notificação de Receita de Talidomida (**ANEXO IV**) acompanhada do Termo de Responsabilidade e Esclarecimento (**ANEXO V**).

**§ 1º.** A Notificação de Receita de que trata o *caput* deste artigo é individual e intransferível, devendo conter somente o medicamento Talidomida.

**§ 2º.** A Notificação de receita de que trata o *caput* deste artigo terá validade de 20 (vinte) dias, contados a partir da data de sua emissão e somente dentro da unidade federativa onde foi emitida.

**§ 3º.** A quantidade de Talidomida por prescrição, em cada Notificação de Receita, não poderá ser superior à necessária para o tratamento de 30 (trinta) dias.

**Art. 29.** O medicamento Talidomida somente poderá ser dispensado por farmacêutico e mediante a apresentação e retenção da Notificação de Receita de Talidomida e do Termo de Responsabilidade/Esclarecimento.

**Art. 30.** O farmacêutico, no ato da dispensação do medicamento Talidomida, deverá preencher os campos existentes na embalagem secundária do referido medicamento e orientar o paciente sobre o uso correto, conforme a prescrição médica e os riscos relacionados.

**Art. 31.** A primeira via da Notificação de Receita de Talidomida será devolvida ao paciente devidamente carimbada, como comprovante da dispensação, e a segunda via deverá ser retida pela unidade pública dispensadora.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

**Art. 32.** O farmacêutico da unidade pública dispensadora somente poderá dispensar o medicamento Talidomida quando todos os itens da Notificação de Receita e do Termo de Responsabilidade e Esclarecimento estiverem devidamente preenchidos e legíveis.

**Art. 33.** É proibida a violação da embalagem secundária para a dispensação fracionada do medicamento Talidomida.

**CAPÍTULO VIII**  
**DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

**Art. 34.** É direito de todo usuário retirar os medicamentos descritos em receituário adequado e emitido por profissional inserido no SUS (médicos, odontólogos, enfermeiros) e rede privada (médicos e odontólogo), conforme Portaria MS 2.928/2011.

**Art. 35.** É proibido aos servidores públicos que laboram nas UDM's e Farmácia Municipal Central dispensar medicamentos:

- I. cuja posologia para o tratamento não possa ser concluída dentro do prazo de validade do medicamento dispensado;
- II. para menores de 16 anos desacompanhados;
- III. cujo receituário esteja ilegível ou que contenha rasuras, emendas, e/ou que possam induzir ao erro ou confusão;



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

**Art. 36.** As prescrições originadas em instituições públicas do SUS emitidas em outra municipalidade e/ou por Instituições Filantrópicas poderão ser atendidas, desde que o usuário seja morador do município de Vila Pavão.

**Art. 37.** Para o atendimento de prescrições que contenham medicamentos sujeitos a controle especial, a idade mínima exigida para a retirada do medicamento será de 18 anos, conforme o preconizado em legislação sanitária vigente.

**Art. 38.** A dispensação de medicamentos será realizada para o equivalente a 60 (sessenta) dias de tratamento, e/ou obedecendo-se a posologia e a duração do tratamento definido pelo prescritor.

**Art. 39.** A dispensação de medicamentos pertencentes às classes terapêuticas listadas abaixo deverá levar em consideração as seguintes informações:

I. medicamentos pertencentes à classe terapêutica-antimicrobianos: serão dispensados de acordo com o disposto em legislação específica (Resolução RDC nº. 20 de 05/05/2011), podendo, em situações de tratamento prolongado, o mesmo receituário poder ser utilizado para aquisições posteriores, dentro de um período máximo de 90 (noventa) dias a contar da data de sua emissão;

II. medicamentos pertencentes à classe terapêutica-analgésicos antitérmicos e anti-inflamatórios: serão dispensados de acordo com o período de tratamento especificado no receituário médico até o limite de 03 (três) frascos ou 30 (trinta) comprimidos, uma vez que os referidos medicamentos deverão ter sua utilização suspensa caso não seja observada a melhora dos sintomas em até 3 dias, ou ainda não seja observada a melhora após 24 horas de tratamento;



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

III. medicamentos sujeitos ao controle especial: serão dispensados obedecendo ao disposto em legislação específica vigente (Portaria nº. 344 de 12/08/1998 e suas atualizações e Resolução RDC nº. 11 de 22/03/2011);

IV. medicamentos pertencentes ao Programa de Hiperdia (para tratamento de hipertensão e diabetes) ou outras doenças crônicas (por exemplo: Asma, Osteoporose, Dislipidemia, Doença de Parkinson, Hipotireoidismo) com indicação de uso contínuo: serão dispensados de acordo com a posologia definida pelo prescritor e para o equivalente a 60 (sessenta) dias de tratamento. Neste caso, a dispensação posterior obedecerá a duração do tratamento especificada no receituário médico, desde que não ultrapasse o período de máximo de 6 (seis) meses de tratamento;

V. medicamentos - Insulina Humana NPH 100UI/mL e Insulina Humana Regular 100UI/mL: serão dispensados mediante apresentação de receituário médico atualizado emitido por instituições do SUS e privada, conforme Portaria MS 2.928/2011, em duas vias, e recipiente de isopor com gelo, uma vez que o referido medicamento possui características termolábeis e necessita de controle de temperatura adequado para garantir sua estabilidade e ação medicamentosa;

**Art. 40.** Fica padronizado que quando houver a prescrição de 01 (uma) caixa, serão dispensados 20 (vinte) comprimidos/cápsulas.

**Art. 41.** Cada medicamento da receita que foi aviado deve receber o carimbo de fornecimento, ser datado e ser especificada a quantidade aviada.

**Art. 42.** É de responsabilidade da esfera municipal, através da UBS, o fornecimento de seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina exógena destinada apenas aos usuários insulino-dependentes, de acordo com o disposto definido na Portaria nº 2583/GM/MS/2007.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

§ 1º. Para o fornecimento das referidas seringas, o usuário ou seu representante deverá apresentar obrigatoriamente o receituário médico atualizado (para fins de comprovação de que o paciente é dependente de insulina do tipo exógena) e as seringas utilizadas anteriormente, acondicionadas em dispositivo adequado (rígido e resistente à ruptura), a fim de evitar acidentes, bem como dar destinação adequada a este tipo de resíduo infectante.

§ 2º. O quantitativo de seringas fornecidas será realizado de acordo com o tipo de insulina utilizada, sendo o limite máximo de 30 unidades mensais para os pacientes que utilizam Insulina Humana NPH 100UI/mL; já para os pacientes que utilizam concomitantemente a Insulina Humana NPH 100UI/mL e Insulina Humana Regular 100UI/mL, será fornecido o quantitativo de 60 unidades mensais.

**Art. 43.** É vedado o recebimento e a dispensação aos usuários de amostras-grátis de medicamentos pela FMC e/ou por qualquer UDM, em atendimento ao preconizado em legislação sanitária vigente.

**Art. 44.** É proibida toda e qualquer dispensação de medicamentos que contrarie as normas legais, sanitárias e técnicas estabelecidas neste manual.

**CAPÍTULO IX**  
**DO CONTROLE E ABASTECIMENTO**

**SEÇÃO I**  
**DA ELABORAÇÃO DOS PEDIDOS DE COMPRA DE MEDICAMENTOS**

**Art. 45.** No desempenho da função de elaboração dos pedidos de compra de medicamentos, compete aos farmacêuticos localizados na CAF:



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

- I. verificar a quantidade de medicamentos em estoque e duração do mesmo;
- II. realizar semestralmente compras utilizando o sistema de registro de preços-SERP da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo - SESA e/ou Licitação Municipal para aquisição de medicamentos.

**SEÇÃO II**  
**DO RECEBIMENTO DE MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS**

**Art. 46.** No desempenho da função de recebimento de medicamentos adquiridos, compete aos farmacêuticos e servidores técnicos (capacitados), localizados no CAF:

- I. conferir junto ao almoxarifado da SEMUS os medicamentos entregues pela distribuidora e que dizem respeito à Assistência Farmacêutica do município, observando o quantitativo, marca, lote e validade do medicamento fornecido através da Autorização de Fornecimento de Medicamentos- AFM em mãos;
- II. realizar segunda conferência na CAF;
- III. realizar a entrada do medicamento no estoque, utilizando-se o sistema próprio/ou terceirizado/ou Sistema HÓRUS - Sistema de Gestão da Assistência Farmacêutica disponibilizado pelo Ministério da Saúde;
- IV. realizar a entrada do medicamento nos Livros C1 e B1, quando tratar-se de Medicamentos Sujeitos ao Controle Especial descritos na Portaria nº. 344/1998 do Ministério da Saúde;
- V. armazenar os medicamentos recebidos em seus devidos lugares, observando-se a temperatura ideal de armazenamento do ambiente (15 a 30°C). Com relação



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

aos medicamentos termolábeis, os mesmos deverão ser armazenados sob refrigeração (8 a 15°C).

**SEÇÃO III**  
**DA PRODUÇÃO DAS REMESSAS DE MEDICAMENTOS**

**Art. 47.** No desempenho da função de produção das remessas de medicamentos, compete aos farmacêuticos e servidores técnicos (capacitados), localizados na CAF:

- I. imprimir as requisições de saída em duas vias, sendo uma para arquivamento na CAF e outra para controle, conferência e arquivamento nas respectivas unidades de atendimento;
- II. realizar a remessa de medicamentos referente ao quantitativo de consumo mensal, de acordo com a demanda de cada UDM via sistema próprio/ou tercerizado/ou HÓRUS, que seleciona o medicamento por validade e lote;
- III. caso ocorra devolução de medicamentos pelo estabelecimento de saúde municipal, realizar a conferência juntamente com o Termo de Devolução (preenchido em duas vias), sendo que a primeira via assinada ficará armazenada na CAF e a segunda enviada ao estabelecimento de saúde municipal;
- IV. receber o Relatório Mensal de Medicamentos (em duas vias) de todas as UDM's e FMC nas datas: dia 1º ao dia 10 de cada mês. A segunda via deverá retornar ao estabelecimento de saúde municipal para arquivamento;
- V. conferir os Relatórios de Medicamentos, utilizando-se o relatório e a remessa do mês anterior, observando a quantidade da saída, estoque atual e validade;



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

VI. se necessário, entrar em contato com o responsável pelo relatório, para averiguação de possíveis erros, bem como, haja necessidade de remanejamento de medicamentos para outras unidades a fim de evitar perdas relacionadas ao vencimento de produtos.

**SEÇÃO IV**  
**DA SEPARAÇÃO DAS REMESSAS DE MEDICAMENTOS**

**Art. 48.** No desempenho da função de separação das remessas de medicamentos, compete aos servidores técnicos (capacitados), localizados na CAF:

- I. separar os medicamentos de acordo com as Requisições de Saída emitidas para cada estabelecimento de saúde municipal;
- II. observar com atenção a quantidade e lote do medicamento que está descrito na Requisição de Saída;
- III. em caso de inconformidades nas Requisições de Saída com o estoque da CAF, solicitar auxílio do farmacêutico responsável;
- IV. identificar adequadamente as caixas (volumes) de medicamentos que serão encaminhadas aos estabelecimentos de saúde municipal.

**SEÇÃO V**  
**DA ENTREGA DO MEDICAMENTO NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

**Art. 49.** No desempenho da função de entrega do medicamento na Unidade Básica de Saúde, compete aos servidores técnicos (capacitados), localizados na CAF:



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

I. realizar a distribuição de medicamentos junto aos estabelecimentos de saúde municipais a partir do 1º ao 10º dia de cada mês, respeitando a ordem de chegada do relatório mensal de medicamentos dos estabelecimentos de saúde municipais na CAF;

II. solicitar a assinatura da 1ª via da requisição de saída pelo servidor responsável pelo recebimento dos medicamentos junto aos estabelecimentos de saúde municipais;

III. orientar ao servidor responsável pelo recebimento dos medicamentos a conferência imediata dos medicamentos recebidos junto à Requisição de Saída;

IV. em caso de não conformidade do medicamento fornecido com o quantitativo descrito na remessa, comunicar imediatamente à CAF.

**Art. 50.** Os pedidos extras ou que extrapolem as quantidades de rotinas, feitos pelas Unidades Básicas de Saúde à Central de Abastecimento Farmacêutico e ao Almojarifado (materiais médicos-clínicos), deverá ser acompanhada de uma justificativa, estipulando uma previsão referente ao consumo excessivo.

**Art. 51.** Caso a Central de Abastecimento Farmacêutico e o almojarifado não possam atender ao pedido na sua totalidade os mesmos enviarão justificativas à Unidade Básica de Saúde.

**SEÇÃO VI**  
**DA ORGANIZAÇÃO E AJUSTE DO ESTOQUE DA CAF**



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

**Art. 52.** No desempenho da função de organização e ajuste do estoque da CAF, compete aos farmacêuticos e servidores técnicos (capacitados) localizados na CAF:

- I. verificar mensalmente o estoque da CAF em relação ao Sistema próprio/ou terceirizado/ou HÓRUS,
- II. verificar a validade, quantidade, lote;
- III. retirar do estoque os medicamentos danificados, vencidos;
- IV. realizar o ajuste de estoque no Sistema próprio/ou terceirizado/ou Hórus de acordo com o estoque na CAF, se necessário;
- V. remanejar os medicamentos que estão com validade próxima do vencimento (através de trocas e empréstimos com outros municípios), com o objetivo de evitar perdas por vencimento, procedimento realizado somente pelo Farmacêutico;
- VI. realizar a saída de medicamentos no livro C1 e B1 descritos na portaria 344/MS.

**CAPÍTULO X**  
**DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS**

**Art. 53.** Aplicam-se os procedimentos previstos nesta Instrução Normativa, no que couber, ao almoxarifado central que é o responsável pelo controle e distribuição do material médico-clínico para as unidades básicas de saúde.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

**Art. 54.** A inobservância das tramitações e procedimentos de rotina estabelecidos nesta instrução normativa, sem prejuízo das orientações e exigências do TCE/ES relativas ao assunto, sujeitará os responsáveis às sanções legais cabíveis.

**Art. 55.** Esta Instrução Normativa deverá ser atualizada sempre que fatores organizacionais, legais e/ou técnicos assim exigirem, a fim de verificar a sua adequação aos requisitos da Instrução Normativa SCI nº 001/2013, bem como manter o processo de melhoria contínua dos serviços públicos municipais.

**Art. 56.** Esta Instrução Normativa entrará em vigor na data de sua publicação.

Vila Pavão - ES, 20 dias de mês de fevereiro de 2015.

  
**ERALDINO JANN TESCH**  
Prefeito Municipal

  
**AILTON DOS SANTOS SOUZA**  
Controlador Interno



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

**ANEXO I**

LISTA - B1 (Sujeitas a Notificação de Receita "B")  
LISTA DAS SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS \*

1. Clonazepam
2. Diazepam
3. Fenobarbital (OBS.: os medicamentos que contenham esta substância ficam sujeitos a prescrição da Receita de Controle Especial, em duas vias).

*\* Estão descritos nesta lista, apenas os medicamentos disponibilizados pelo município de Colatina-ES.*

LISTA - C1 (Sujeitas a Receita de Controle Especial em duas vias)  
LISTA DAS OUTRAS SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL \*

1. Ácido valpróico
2. Amitriptilina
3. Biperideno
4. Carbamazepina
5. Carbonato de lítio
6. Clomipramina
7. Clorpromazina
8. Fenitoína
9. Fluoxetina
10. Haloperidol
11. Valproato de sódio

*\* Estão descritos nesta lista, apenas os medicamentos disponibilizados pelo município de Colatina-ES.*



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

LISTA - C3 (Sujeita a Notificação de Receita Especial)  
LISTA DE SUBSTÂNCIAS IMUNOSSUPRESSORAS \*

1. Talidomida

LISTA - C4 (Sujeitas a Receituário do Programa da DST/AIDS)  
LISTA DAS SUBSTÂNCIAS ANTI-RETROVIRAIS \*

- |                  |                           |
|------------------|---------------------------|
| 1. Abacavir      | 9. Lopinavir+Ritonavir    |
| 2. Atazanavir    | 10. Nevirapina            |
| 3. Darunavir     | 11. Raltegravir           |
| 4. Didanosina    | 12. Ritonavir             |
| 5. Efavirenz     | 13. Saquinavir            |
| 6. Enfuvirtida   | 14. Tenofovir             |
| 7. Fosamprenavir | 15. Zidovudina+Lamivudina |
| 8. Lamivudina    | 16. Zidovudina            |



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

**ANEXO II - NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B**

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Medicamento ou Substância
UF	NUMERO		Quantidade e Forma Farmacêutica
			Dose por unidade Posológica
de _____ de _____		Paciente _____	Posologia
Assinatura do Emitente _____		Endereço _____	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		CARIMBO DO FORNECEDOR	
Nome _____			
Endereço _____			
Tel.: _____			
Identidade _____			
Órgão Emissor _____		Nome do Vendedor _____	
		Data _____	
Dados da Gráfica: Nome – Endereço Completo CGC		Numeração desta impressão: de _____ a _____	



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

**ANEXO III - RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**

RECEITUARIO DE CONTROLE ESPECIAL

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

Nome Completo \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ Mª \_\_\_\_\_

Endereço Completo \_\_\_\_\_

Tel.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cel.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

1ª Via Farmacia  
2ª Via Paciente

Paciente \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Prescrição \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome \_\_\_\_\_

Ident. \_\_\_\_\_

org emissor \_\_\_\_\_

End \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Cel.: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Farmaceutico \_\_\_\_\_



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO

ANEXO IV - NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA

Notificação de Receita de Talidomida		<b>ATENÇÃO</b>	"Proibida para mulheres grávidas ou com chance de engravidar"
UF	NÚMERO		"Talidomida causa o nascimento de crianças sem braços e sem pernas"
CID			

**1 - IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO**

Nome: \_\_\_\_\_ N.º do Cadastro: \_\_\_\_\_  
Especialidade: \_\_\_\_\_  
C.P.F.: \_\_\_\_\_ CRM: nº \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_ Assinatura e Carimbo

**2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Telefone (se houver): \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Documento Oficial de Identificação nº: \_\_\_\_\_ Órgão emissor: \_\_\_\_\_

**3 - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE (SE FOR O CASO)**

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone (se houver): \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Documento Oficial de Identificação nº: \_\_\_\_\_ Órgão emissor: \_\_\_\_\_

**4 - IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO**

Quantidade de comprimidos (em algarismos arábicos e por extenso): \_\_\_\_\_  
Dose por Unidade Posológica (Ex.: 100mg) \_\_\_\_\_  
Posologia: \_\_\_\_\_  
Tempo de tratamento: \_\_\_\_\_  
Outras orientações (se houver): \_\_\_\_\_

**5 - DADOS SOBRE A DISPENSAÇÃO**

Quantidade (Comprimidos) \_\_\_\_\_ nº do lote: \_\_\_\_\_  
Nome do Farmacêutico Dispensador: \_\_\_\_\_ CPF nº: \_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

**6 - CARIMBO DA UNIDADE PÚBLICA DISPENSADORA (nome, endereço completo e telefone)**

Identificação da Gráfica: nome, endereço, CNPJ e nº da autorização concedido pela Autoridade Sanitária Competente.

(2 Vias) 1ª via: paciente; 2ª via: unidade pública dispensadora



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

**ANEXO V - A**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE / ESCLARECIMENTO PARA MULHERES  
COM MAIS DE 55 ANOS DE IDADE OU PARA HOMENS DE QUALQUER IDADE**

A ser preenchido pelo (a) médico (a):

Eu, Dr.(a) \_\_\_\_\_ Registrado no Conselho Regional de Medicina do  
Estado \_\_\_\_\_ sob o número \_\_\_\_\_ sou o responsável pelo tratamento  
e acompanhamento do(a) paciente \_\_\_\_\_ do sexo masculino  
feminino  com idade de \_\_\_\_\_ anos completos, com diagnóstico de \_\_\_\_\_  
para quem estou indicando o medicamento à base de talidomida.

1. Informe *verbalmente* ao paciente que este produto tem alto risco de causar graves defeitos congênitos no corpo dos bebês de mulheres que o utilizam na gravidez, que *não evita filhos e que não provoca aborto*. Portanto somente pode ser utilizado por ele (a). Não pode ser passado para nenhuma outra pessoa.
2. Informe *verbalmente* também que a talidomida pode causar problemas como sonolência, neuropatia periférica e pseudo abdome agudo.
3. Informe *verbalmente* ao paciente que poderá ser responsabilizado (a) na justiça, caso repasse o medicamento a base de talidomida a outra pessoa; deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
4. Informe que o medicamento deve ser guardado em local seguro.
5. Recomendei ao paciente do sexo masculino que utilize preservativo durante todo o tratamento com Talidomida e 30 (trinta dias) após o término e que informe a sua parceira e familiares o potencial risco da droga.
6. Informe que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente que providenciará a inutilização.
7. Certifiquei-me que o (a) paciente compreendeu as informações acima descritas.

Assinatura e carimbo do (a) médico (a): \_\_\_\_\_ C.R.M.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

A ser preenchido pelo (a) paciente:

Eu, \_\_\_\_\_ Carteira de Identidade n° \_\_\_\_\_

Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ residente na rua \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ e telefone \_\_\_\_\_

Recebi pessoalmente as informações do prescritor sobre o tratamento e:

Travessa Pavão, nº 80, Centro - CEP: 29843-000 Fone/fax: (27) 3753-1001 - Ramal 150 - e-mail: [controladoria@vilapavao.es.gov.br](mailto:controladoria@vilapavao.es.gov.br)



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI A TALIDOMIDA

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

CONCORDO que vou fazer e declaro que entendi as orientações prestadas. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

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

Nome e Assinatura do responsável caso o (a) paciente seja menor de 18 anos, analfabeto, incapaz ou impossibilitado de locomoção:

Eu, \_\_\_\_\_, R.G. \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_, responsável pelo (a) paciente \_\_\_\_\_, comprometo-me a repassar todas estas orientações do prescritor ao (a) paciente e estou ciente da minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

**ANEXO V - B**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE / ESCLARECIMENTO PARA  
PACIENTES DO SEXO FEMININO, MENORES DE 55 ANOS DE IDADE**

A ser preenchido pelo (a) médico (a):

8. Informe *verbalmente* a paciente, com diagnóstico de \_\_\_\_\_, que o medicamento a base de talidomida tem altíssimo risco de causar deficiências graves no corpo do bebê se for consumido pela mãe durante a gravidez. Estas deficiências ocorrem no período bem inicial de formação do bebê, quando a maioria das mulheres ainda não sabe que está grávida.
9. Informe *verbalmente* à paciente que a talidomida pode causar sonolência, neuropatia periférica e pseudo-abdome agudo; que a talidomida não provoca aborto e não evita filhos e que não deve passar este medicamento para ninguém.
10. Explique *verbalmente* que como este remédio fica no corpo durante algum tempo após o tratamento e pode causar defeitos em bebês mesmo quando ela já terminou o tratamento, ela deve aguardar 30 dias antes de tentar engravidar após terminar o tratamento com talidomida.
11. Informe *verbalmente* à paciente que poderá ser responsabilizada na justiça, caso repasse o medicamento a base de talidomida a outra pessoa; deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
12. Informe *que o medicamento deve ser guardado em local seguro.*
13. *Constatai, por meio de teste de gravidez de ALTA SENSIBILIDADE (que detecta gravidez desde o primeiro dia de atraso menstrual), que a paciente não está grávida:*  
Data do Teste: \_\_\_\_\_  
Resultado: \_\_\_\_\_  
Nome do laboratório onde foi realizado o teste: \_\_\_\_\_
14. Certifiquei-me que a paciente está utilizando 2 (dois) métodos para evitar gravidez altamente eficazes, sendo um deles de barreira:  
Métodos anticoncepcionais em uso: \_\_\_\_\_ Data do Início: \_\_\_\_\_
15. *Informe a paciente que o seu parceiro deve usar preservativo nas relações sexuais ocorridas durante o tratamento.*
16. Solicite à paciente que me mantenha sempre informado (a) sobre as reações adversas à medicação, ou sobre qualquer problema com a anticoncepção durante o tratamento, retornando à consulta periodicamente conforme estabelecido.
17. Informe *verbalmente* a paciente que caso venha a suspeitar que esteja grávida, deverá parar imediatamente o tratamento e me procurar.
18. Informe que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente que providenciará a inutilização.
19. *Certifiquei – me que a paciente compreendeu todas as informações por mim prestadas.*

Assinatura e Carimbo do (a) Médico (a): \_\_\_\_\_ C.R.M.: \_\_\_\_\_

A ser preenchido pela paciente:  
Eu, \_\_\_\_\_ Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA PAVÃO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
**UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO**

Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ residente na rua \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ e telefone \_\_\_\_\_

recebi pessoalmente as informações do prescritor sobre o tratamento e:

NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI A TALIDOMIDA

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

CONCORDO que vou fazer o tratamento e declaro que recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou fazer e declaro que entendi as orientações prestadas e me comprometo a cumprir as medidas para evitar a gravidez durante o tratamento e no prazo previsto no item 3, após o tratamento. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

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

Nome e Assinatura do responsável caso a paciente seja menor de 18 anos, analfabeto, incapaz ou impossibilitado de locomoção:

Eu, \_\_\_\_\_, R.G. \_\_\_\_\_, órgão expedidor

\_\_\_\_\_, responsável pelo paciente \_\_\_\_\_, comprometo-me a repassar todas estas orientações do prescritor à paciente e estou ciente da minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_