

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UFCD.SFH.005- Página 1/24	
Título do Documento	AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS	Emissão: 06/05/2024	Próxima revisão: 06/05/2026
		Versão: 1.0	

1. APRESENTAÇÃO

Os medicamentos utilizados para o tratamento das doenças e agravos de importância de Saúde Pública são classificados dentro do AGHUX como Grupo Materiais Programas Assistenciais - Grupo 91.

Estes medicamentos são solicitados pelo Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) aos Programas assistenciais disponibilizados pelas Gerências Estaduais e/ou Municipal de Saúde ou ainda pelo Ministério da Saúde.

Todo o processo de solicitação deve ser realizado pela Unidade de Farmácia Clínica e Dispensação Farmacêutica do Setor de Farmácia/HULW. Todos os procedimentos de solicitações realizados pela farmácia, são registrados em planilha específica no Microsoft Teams para gerenciamento e gestão dos dados.

Existem fluxos pré definidos dentro da rede de saúde para obtenção desses medicamentos e o presente Manual tem o intuito de unificar os processos dentro do Hospital Universitário Lauro Wanderley para obtenção desses medicamentos.

A **Tabela 1** apresenta as doenças e agravos de importância de Saúde Pública contemplados dentro do Grupo 91.

Tabela 1: Doenças e agravos de importância na Saúde Pública

DOENÇA/AGRAVO DE SAÚDE PÚBLICA	MEDICAMENTO DISPONIBILIZADO
ESPOROTRICOSE HUMANA	- Itraconazol 100mg - Anfotericina Complexo Lipídico 50mg
ESQUISTOSSOMOSE MANSONI	- Praziquantel 600mg
HANSENÍASE	- PQT (Poliquimioterapia) Infantil e Adulto - Clofazimina 50mg e 100mg - Ofloxacino 400mg - Minociclina 100mg - Pentoxifilina 400mg - Prednisona 5mg e 10mg - Rifampicina 300mg - Talidomida 100mg
INFECÇÃO LATENTE POR TUBERCULOSE - ILTB	- Isoniazida 100mg - Isoniazida 300mg + Rifapentina 150mg



Tipo do Documento	MANUAL	MA.UFCD.SFH.005- Página 2/24	
Título do Documento	AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS	Emissão: 06/05/2024	Próxima revisão: 06/05/2026
		Versão: 1.0	

LEISHMANIOSE AMERICANA	TEGUMENTAR	- Miltefosina 50mg - Anfotericina B Lipossomal - Antimoniato de Meglumina (GLUCANTINE®)
MALÁRIA		- Primaquina 5 e 15mg - Cloroquina 150mg - Artesunato + Mefloquina (25+50)mg ou (100+200)mg - Quinina 500mg
OUTRAS MICOSES SISTÊMICAS		- Anfotericina B Lipossomal - Anfotericina B Complexo Lipídico - Flucitosina 500mg - Isavuconazol (ver disponibilidade) - Voriconazol (ver disponibilidade) - Anidulafungina (ver disponibilidade)
RAIVA HUMANA		- Amantadina - Biopterina
TOXOPLASMOSE		- Sulfadiazina 500mg - Pirimetamina 25mg - Ácido Folínico 5mg - Espiramicina 500mg
TUBERCULOSE		- Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol (RHZE) - Rifampicina + Isoniazida

Fonte: elaboração dos autores.

Os tratamentos são solicitados apenas quando necessários, conforme prescrição médica e são destinados a cada paciente específico. Para tanto, uma série de documentos devem ser juntados à solicitação e encaminhados ao órgão responsável, conforme exigência de cada programa. As formas de aquisição estão descritas no item 3.

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UFCD.SFH.005- Página 3/24	
Título do Documento	AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS	Emissão: 06/05/2024	Próxima revisão: 06/05/2026
		Versão: 1.0	

2. OBJETIVOS

Descrever os processos de solicitação e aquisição dos medicamentos para o tratamento das doenças e agravos de importância de Saúde Pública (classificados dentro do AGHUX como Materiais Programas Assistenciais - Grupo 91), destinados ao tratamento dos pacientes atendidos no Hospital Universitário Lauro Wanderley-Universidade Federal da Paraíba/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HULW-UFPB/EBSERH).

3. DESCRIÇÃO

3.1. Aquisições

Todas as aquisições de medicamentos para tratamentos das doenças e agravos de importância em Saúde Pública para os pacientes atendidos pelo Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), devem ser realizados pela Farmácia Central. É somente a Farmácia do HULW que fará os pedidos diretamente aos Programas Assistenciais do governo.

As demandas são geradas nas clínicas e/ou ambulatórios e então encaminhadas para Farmácia, de onde devem partir os pedidos. Para que sejam devidamente providenciados, os profissionais de saúde envolvidos devem estar cientes de todos os documentos necessários, para que sejam evitadas glosas por parte dos programas.

Existe uma peculiaridade em relação ao tratamento de Tuberculose pulmonar de pacientes ambulatoriais. O HULW dispensa apenas o primeiro mês e a partir do segundo mês, o paciente deve solicitar à Unidade Básica de Saúde do seu bairro de residência. No caso de Tuberculose extrapulmonar, o HULW dispensa o tratamento completo.

Outra observação importante, trata-se dos medicamentos para os tratamentos de Tuberculose, ILTB e Hanseníase; para esses pedidos devem ser usadas, obrigatoriamente, as planilhas fornecidas pelo Núcleo de Assistência Farmacêutica do Estado da Paraíba (NAF). Elas devem ser preenchidas seguindo o Procedimento Operacional Padrão para preenchimento da planilha de TB, ILTB e Hanseníase.

De forma geral, em todos os casos são obrigatórios os documentos descritos no Quadro 1:

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UFCD.SFH.005- Página 4/24	
Título do Documento	AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS	Emissão: 06/05/2024	Próxima revisão: 06/05/2026
		Versão: 1.0	

Quadro 1: Documentos obrigatórios.

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS
<p>-RG, CPF, CARTÃO SUS, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA; -NOTIFICAÇÃO SINAN (gerada no Sistema SINAN) ou SIGESV (Esporotricose) -LAUDO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA; -LAUDO DE EXAME HIV;</p>

Fonte: elaboração dos autores.

Outros documentos, a exemplo de exames de imagem e laudos de exames bioquímicos, podem ser necessários, principalmente quando os pedidos são feitos ao Ministério da Saúde, e, quando disponíveis, já devem ser enviados junto dos supracitados.

Os pedidos devem ser realizados pelo Farmacêutico, através do e-mail do Setor de Farmácia Hospitalar (sfh.hulw-ufpb@ebserh.gov.br) para os órgãos de cada programa. No corpo do e-mail deve descrever o pedido de forma detalhada, com os seguintes dados:

- ✓ **Nome do paciente;**
- ✓ **Endereço residencial;**
- ✓ **Data de Nascimento;**
- ✓ **Diagnóstico;**
- ✓ **Exame Diagnóstico;**
- ✓ **Peso;**
- ✓ **Dose Prescrita;**
- ✓ **Total de cápsulas/frascos para tratamento.**

Apenas a aquisição do tratamento para Esquistossomose e Malária não são realizadas através de e-mail, sendo feita através de Ofício-SEI assinado pela chefia da Unidade de Farmácia Clínica e Dispensação (UFCD). O documento pronto deve ser impresso e enviado fisicamente à Gerência Estadual de Saúde da Paraíba, sede João Pessoa.

A Tabela 2, contém o resumo dos processos necessários para aquisição do tratamento de cada agravo descrito nesse Manual.

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UFCD.SFH.005- Página 5/24	
Título do Documento	AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS	Emissão: 06/05/2024	Próxima revisão: 06/05/2026
		Versão: 1.0	

Tabela 2: Processos para Aquisições

AGRAVO	MEDICAMENTO	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS	E-MAIL/LINK	ORGÃO RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA ASSISTENCIAL
Esporotricose humana	Itraconazol 100mg	Documentos do quadro 1 + Receita médica comum carimbada e assinada.	transmissivéisjp@gmail.com	SMS João Pessoa/PB
	Anfotericina B Complexo Lipídico	Documentos do Quadro 1 + Forms https://forms.gle/1avtLNuYjcahpy7z9	micosessistemicas@saude.gov.br	Ministério da Saúde
Esquistosomose mansoni	Praziquantel 600mg	Ofício-SEI impresso para Gerente da 1º GES/PB + Prescrição médica datada e assinada, contendo além do tratamento: Nome completo e legível do paciente, seu peso e idade.	Não se aplica	1º Gerência Estadual de Saúde
Hanseníase	PQT (Poliquimioterapia) Infantil e Adulto	Planilha de pedido mensal Hanseníase (Anexo 8) + Ficha SINAN + Receita Médica datada e assinada com peso do paciente	pecpb.tbhansen@gmail.com	Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) PB
	Clofazimina 50mg e 100mg	Planilha de pedido mensal Hanseníase (Anexo 10) + Ficha SINAN + Receita Médica datada e assinada com peso do paciente + LAUDO MÉDICO de alteração de tratamento. Seguir POP específico.	pecpb.tbhansen@gmail.com	Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) PB
	Ofloxacino 400mg			
	Minociclina 100mg			



Tipo do Documento	MANUAL	MA.UFCD.SFH.005- Página 6/24	
Título do Documento	AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS	Emissão: 06/05/2024	Próxima revisão: 06/05/2026
		Versão: 1.0	

	Pentoxifilina 400mg			
	Prednisona 5mg e 10mg			
	Rifampicina 300mg			
	Talidomida 100mg			
ILTB	Isoniazida 100mg	Planilha de pedido mensal ILTB (Anexos 7 e 9) + Ficha SINAN + Receita Médica datada e assinada com peso do paciente. Seguir POP específico.	pecpb.tbhansen@gmail.com	Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) PB
	Isoniazida 300mg + Rifapentina 150mg			
Leishmaniose tegumentar americana	Miltefosina 50mg	Documentos do Quadro 1 + Receita médica de Controle Especial carimbada e assinada + Ficha de solicitação de Miltefosina (Anexo 2) + Termos de responsabilidade (Anexos 3 e 4).	nafestrategicos@gmail.com com cópia para cafestrategicopb@gmail.com	Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) PB
	Anfotericina B Lipossomal	Documentos do Quadro 1 + Receita carimbada e assinada+ Ficha de solicitação de Anfotericina Lipossomal (Anexo 6).	nafestrategicos@gmail.com com cópia para cafestrategicopb@gmail.com	Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) PB
	Antimoniato de Meglumina (GLUCANTINE®)	Ofício Sei impresso para Gerente da 1° GES/PB + Prescrição médica datada e assinada, contendo além do tratamento: Nome completo e legível do paciente, seu peso e idade.	Não se aplica	1° Gerência Estadual de Saúde



Tipo do Documento	MANUAL	MA.UFCD.SFH.005- Página 7/24	
Título do Documento	AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS	Emissão: 06/05/2024	Próxima revisão: 06/05/2026
		Versão: 1.0	

Malária	Primaquina 5 e 15mg	Ofício-SEI impresso para Gerente da 1° GES/PB + Prescrição médica datada e assinada, contendo além do tratamento: Nome completo e legível do paciente, seu peso e idade.	Não se aplica	1° Gerência Estadual de Saúde
	Cloroquina 150mg			
	Artesunato + Mefloquina (25+50) mg ou (100+200) mg			
	Quinina 500mg			
Outras micoses sistêmicas (HIV Negativo)	Anfotericina B Lipossomal	Documentos do Quadro 1 + Formulário disponível em https://forms.gle/1avtLNuYicahpy7z9	micosessistemicas@saude.gov.br	Ministério da Saúde
	Anfotericina B Complexo Lipídico			
	Flucitosina 500mg			
	Isavuconazol *			
	Voriconazol *			
Anidulafungina*				
Outras micoses sistêmicas (PVHIV)	Anfotericina B Lipossomal	Documentos do Quadro 1 + Ficha de solicitação de Anfotericina B para Pessoa Vivendo com HIV – PVHIV (Anexo 1).	nafestrategicos@gmail.com com cópia para cafestrategicopb@gmail.com	Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) PB
	Anfotericina B Complexo Lipídico			
Raiva humana	Amantadina	Documentos do Quadro 1 + Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Utilização do Protocolo de	http://bvsmms.sau.de.gov.br/bvs/pu/blicacoes/protoco	Coordenação de Vigilância das
	Biopterina (Bh4)			



Tipo do Documento	MANUAL	MA.UFCD.SFH.005- Página 8/24	
Título do Documento	AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS	Emissão: 06/05/2024	Próxima revisão: 06/05/2026
		Versão: 1.0	

		Recife para Tratamento de Raiva Humana (Anexo 5).	lo_tratamento_raiva_humana.pdf	Doenças Transmitidas por Vetores e Antropozoonoses, Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde.
Toxoplasmose	Sulfadiazina 500mg	Documentos do Quadro 1 + Receita médica comum carimbada e assinada pelo médico contendo idade gestacional da paciente, se gestante.	transmissiveisjp@gmail.com	SMS João Pessoa/PB
	Pirimetamina 25mg			
	Ácido Fólnico 5mg			
	Espiramicina 500mg			
Tuberculose	Ver medicamentos na planilha do Anexo 7	Planilha de pedido mensal TB/ILT (Anexos 7 e 8) + Ficha SINAN + Receita Médica datada e assinada com peso do paciente. Seguir instruções abaixo do anexo 7.	pecpb.tbhansen@gmail.com	Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) PB

Fonte: Elaborado pelos autores.



Tipo do Documento	MANUAL	MA.UFCD.SFH.005- Página 9/24	
Título do Documento	AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS	Emissão: 06/05/2024	Próxima revisão: 06/05/2026
		Versão: 1.0	

4. REFERÊNCIAS

BRASIL. *Guia de vigilância em saúde: volume único*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_v2_6ed.pdf. Acesso em: 06/05/2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 430, de 08 de outubro de 2020*. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/legislacao/>. Acesso em: 08/05/2024

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. *Portaria 10. Norma de Elaboração e Controle de Documentos*. Brasília, DF, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo de Recife- Protocolo de tratamento da raiva humana no Brasil* – Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/raiva/protocolo-de-tratamento-da-raiva-humana-no-brasil/view> . Acesso em: 10/05/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Informativa Nº 9/2023-CGTM/DATHI/SVSA/MS*. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-informativas/2023/sei_ms-0033993525-nota-informativa.pdf/view . Acesso em: 10/05/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Notas Técnicas e Notas Informativas*. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-informativas/2023>. Acesso em: 20/05/2024

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Informativa Nº 13/2020-CGZV/DEIDT/SVS/MS*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/estudos-e-notas-informativas/2020/nota-informativa-miltefosina.pdf/view> . Acesso em: 20/05/2024

CÓPIA



Tipo do Documento	MANUAL	MA.UFCD.SFH.005- Página 10/24	
Título do Documento	AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS	Emissão: 06/05/2024	Próxima revisão: 06/05/2026
		Versão: 1.0	

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1.0	06.05.2024	Elaboração do documento

CÓPIA CONTROLADA



Tipo do Documento	MANUAL	MA.UFCD.SFH.005- Página 11/24	
Título do Documento	AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS	Emissão: 06/05/2024	Próxima revisão: 06/05/2026
		Versão: 1.0	

ANEXO 1: Formulário de solicitação de anfotericina B para Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV).



**SOLICITAÇÃO DE ANFOTERICINA B
PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV (PVHIV)**

DADOS DO PACIENTE

NOME:		PRONTUÁRIO:
SEXO:	IDADE:	PESO:
DATA:	SETOR:	ENF./LEITO:
DOENÇA ASSOCIADA:		CID 10:

DADOS DO TRATAMENTO

MEDICAMENTO:		
ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL ()		ANFOTERICINA B COMPLEXO LIPÍDICO ()
DOSE DIÁRIA:	DURAÇÃO:	QUANT. DE FRASCOS:
JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO		

Assinatura do Médico Solicitante



Tipo do Documento	MANUAL	MA.UFCD.SFH.005- Página 12/24	
Título do Documento	AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS	Emissão: 06/05/2024	Próxima revisão: 06/05/2026
		Versão: 1.0	

ANEXO 2: Ficha de solicitação de Miltefosina para pacientes com leishmaniose.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE ASSISTENCIA FARMACÊUTICA

Ficha de solicitação de Miltefosina para pacientes com leishmaniose

Número da notificação no Sinan: _____ (Solicitar ao serviço de vigilância epidemiológica)

Data da solicitação: ____/____/____

Forma clínica:

- () Leishmaniose visceral () Leishmaniose tegumentar difusa
() Leishmaniose tegumentar cutânea () Leishmaniose tegumentar mucosa

INSTITUIÇÃO SOLICITANTE

Hospital ou instituição: _____

Médico solicitante: _____

CRM: _____ Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Responsável pelo recebimento: _____

Cargo: _____ Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Endereço para entrega: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente: _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: () Masculino () Feminino Peso: _____ kg

Município de residência: _____ UF: _____

Pacientes em idade fértil:

A miltefosina é teratogênica e seu uso é proibido por gestantes. Devido aos efeitos teratogênicos, o medicamento à base de miltefosina somente poderá ser prescrito para pacientes em idade fértil após: avaliação médica com exclusão da gravidez por meio da realização de teste sensível para dosagem de Beta-HCG; mediante a comprovação de utilização de, no mínimo, 2 (dois) métodos altamente efetivos de contracepção, sendo 1 (um) deles de barreira; e mediante assinatura de Termo de Responsabilidade/Escarcimento (Anexo II).

Pacientes em idade fértil com possibilidade de gravidez deverão utilizar métodos altamente efetivos de contracepção durante 30 (trinta) dias antes do início do tratamento com medicamento à base de miltefosina, ao longo de todo o tratamento e por 4 (quatro) meses após o término ou interrupção deste, reduzindo-se assim o risco de teratogenicidade.

Exame Clínico:

- () Febre () Diarreia () Arritmia cardíaca
() Esplenomegalia () Icterícia () Vômitos
() Hepatomegalia () Fenômenos hemorrágicos () Dispneia
() Palidez () Edema localizado () Outros: _____
() Desnutrição grave () Edema generalizado

Doenças associadas:

- () Ausente () HIV/AIDS
() Doença renal () Infecção bacteriana. Especificar: _____
() Doença cardíaca () Doença hepática Outras: _____

TRATAMENTOS ESPECÍFICOS PARA LT/LV

- () Virgem de tratamento



Tipo do Documento	MANUAL	MA.UFCD.SFH.005- Página 13/24	
Título do Documento	AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS	Emissão: 06/05/2024	Próxima revisão: 06/05/2026
		Versão: 1.0	



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE ASSISTENCIA FARMACÊUTICA

() Antimoniato de N-metil Glucamina:

Dosagem: _____ mg/Sb+5/kg/dia

n° de doses: _____

n° de esquemas: n°

() Desoxicolato de anfotericina B:

Dosagem: _____ mg/kg/dia

n° de doses: _____

de esquemas: n° de

() Anfotericina B lipossomal:

Dosagem: _____ mg/kg/dia

n° de doses: _____

esquemas: _____

EXAMES COMPLEMENTARES ATUAIS

Hemácias: _____ x10⁶

Neutrófilos: _____ mm³

Ativ. de protrombina: _____ %

Hematócrito: _____ %

AST/TGO: _____ U/L

Albumina: _____ g/dL

Hemoglobina: _____ g/dL

ALT/TGP: _____ U/L

Globulina: _____ g/dL

Plaquetas: _____ mm³

Bilirrubina total: _____ mg/dL

Ureia: _____ mg/dL

Leucócitos: _____ mm³

Bilirrubina direta: _____ mg/dL

Creatinina: _____ mg/d

Outros: _____

EXAME PARASITOLÓGICO: Data do exame: ____/____/____

Aspirado de medula: () Positivo () Negativo

Outro: _____ () Positivo () Negativo

EXAME SOROLÓGICO: Data do exame: ____/____/____

RIFI (diluição): _____ Teste rápido: _____ Elisa: _____

Outro: _____ () Positivo () Negativo

OUTROS EXAMES (Ex: PCR): _____ Data do exame: ____/____/____

CRITÉRIOS PARA PRESCRIÇÃO DA MILTEFOSINA

() Primeira escolha

() Continuidade de tratamento

() Falha terapêutica com uso de outro(s) medicamento (s)

() Hipersensibilidade a outro(s) medicamento (s)

() Outros: _____

Prescrição

Etapa do tratamento.

1ª etapa (primeiros 14 dias)

2ª etapa (últimos 14 dias)

Dose prescrita: _____ mg/kg/dia Dias de tratamento _____ Número de cápsulas: _____

Assinatura e carimbo do médico

¹ Os escores de gravidade estão descritos no manual de leishmaniose visceral: recomendações clínicas para redução de letalidade, que podem ser acessado no link: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/index.cfm?cd_area=1561

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UFCD.SFH.005- Página 14/24	
Título do Documento	AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS	Emissão: 06/05/2024	Próxima revisão: 06/05/2026
		Versão: 1.0	

ANEXO 3: Termo de responsabilidade / esclarecimento para mulheres com mais de 55 anos de idade ou homens de qualquer idade.

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 MILTEFOSINA.

1. Informei *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. Informei *verbalmente* ao paciente que poderá ser responsabilizado (a), caso repasse o medicamento a base de MILTEFOSINA a outra pessoa; deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
3. Informei que o medicamento deve ser guardado em local seguro.
4. Recomendei ao paciente do sexo masculino que informe a sua parceira e familiares o potencial risco do remédio.
5. Informei que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente ou Serviço de Saúde para que seja providenciada a sua inutilização.
6. 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 nº: _____

Órgão Expedidor: _____ residente na rua: _____

Cidade: _____ Estado: _____ e telefone: _____

Recebi pessoalmente as informações do prescriptor sobre o tratamento e:

NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI A MILTEFOSINA

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 prescriptor ao (a) paciente e estou ciente da minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UFCD.SFH.005- Página 15/24	
Título do Documento	AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS	Emissão: 06/05/2024	Próxima revisão: 06/05/2026
		Versão: 1.0	

ANEXO 4: Termo de responsabilidade/esclarecimento para pacientes do sexo feminino, menores de 55 anos de idade.

**TERMO DE RESPONSABILIDADE / ESCLARECIMENTO PARA
PACIENTES DO SEXO FEMININO, MENORES DE 55 ANOS DE 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 da paciente _____ do sexo feminino com idade de _____ anos completos, com diagnóstico de _____ para quem estou indicando o medicamento à base de MILTEFOSINA.

1. Informe verbalmente a paciente, com diagnóstico de _____, que o medicamento a base de MILTEFOSINA 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.
2. Explique verbalmente que, como a MILTEFOSINA pode ficar no corpo durante 4 (quatro) meses após o tratamento e pode ainda assim causar defeitos em bebês, ela deve aguardar o fim desse período antes de tentar engravidar, mantendo o uso de métodos contraceptivos.
3. Informe verbalmente à paciente que poderá ser responsabilizada, caso repasse o medicamento a base de MILTEFOSINA 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. Constatarei, por meio de teste sensível para dosagem de Beta-HCG (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: _____

6. Certifique-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: _____
_____ Data do Início: _____

Procedimento de esterilização definitiva: Qual? _____ Data: ____/____/____

7. Informe à paciente que o seu parceiro, mesmo que ele seja vasectomizado, deve usar preservativo durante as relações sexuais ocorridas durante o tratamento e por 4 (quatro) meses após o término do tratamento, quando este for o método de contracepção de barreira eleito.
8. 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.
9. Informe verbalmente à paciente que caso venha a suspeitar que esteja grávida, deverá parar imediatamente o tratamento e me procurar.
10. 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.
11. Certifique-me que a paciente compreendeu todas as informações por mim prestadas.

Assinatura e Carimbo do (a) Médico (a): _____ C.R.M.: _____ Data: ____/____/____

A ser preenchido pela paciente:

Eu, _____ Carteira de Identidade nº _____
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 MILTEFOSINA

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 2, após o tratamento. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Nome e Assinatura do responsável caso a paciente seja menor de 18 anos, analfabeta, incapaz ou impossibilitado de locomoção:
Eu, _____, R.G. _____, órgão expedidor _____, responsável pela 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: ____/____/____



Tipo do Documento	MANUAL	MA.UFCD.SFH.005- Página 16/24	
Título do Documento	AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS	Emissão: 06/05/2024	Próxima revisão: 06/05/2026
		Versão: 1.0	

ANEXO 5: Termo de consentimento livre e esclarecido de Protocolo para tratamento de raiva humana no Brasil.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE RAIVA HUMANA NO BRASIL

Instituição responsável: _____

A raiva é uma doença grave de letalidade aproximadamente 100%. Ela é transmitida ao homem por meio de arranhadura, lambedura ou mordedura do animal infectado. Em 2004, nos Estados Unidos, foi feito o primeiro relato na literatura internacional de cura em paciente que não recebeu vacina. Nesse caso foi realizado um tratamento com base em uso de antivirais e sedação profunda, denominado de Protocolo de Milwaukee. Em 2008, no Brasil, em Recife-PE, um tratamento semelhante ao utilizado na paciente norte-americana foi aplicado em um jovem de 15 anos de idade, mordido por um morcego hematófago, com cura da doença.

Você ou a pessoa por quem é responsável está desenvolvendo uma doença cujas características clínicas e laboratoriais sugerem raiva. Com objetivo de salvar o paciente, será seguido o *Protocolo para tratamento de raiva humana*, baseado em sedação profunda, com medicamentos utilizados na rotina de unidades hospitalares do Brasil, além da biopterina que, apesar de não ser comercializada no Brasil, será disponibilizada pelo Ministério da Saúde. Você será acompanhado por médicos capacitados (infetologistas, intensivistas, clínicos gerais, entre outros) em unidade de terapia intensiva. Lembramos que o uso deste protocolo não garante a cura do paciente com raiva, nem a recuperação clínica e neurológica completa do paciente, podendo este ficar com sequelas físicas e psicológicas permanentes.

Quanto à sua participação no protocolo e de toda informação fornecida, a equipe responsável garantirá total sigilo. Os dados e as imagens do paciente poderão ser utilizados sem identificação ou exposição deste. Somente os médicos e as autoridades de saúde poderão ter acesso às informações confidenciais. Deixa-se claro que sua autorização é de seu livre arbítrio, não havendo pagamento por esta, podendo, em qualquer momento do tratamento, recusar-se a responder quaisquer perguntas, a permitir análise e divulgação dos dados contidos em seu questionário. O médico responsável pelo protocolo estará à sua disposição para esclarecer qualquer dúvida antes que você assine o termo de consentimento, durante e após o término. É preciso esclarecer que, caso desista de continuar com o protocolo, não haverá qualquer prejuízo no seu acompanhamento médico.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre o *Protocolo para tratamento de raiva humana* e que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo deste, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito a inclusão de minha pessoa, ou do paciente pelo qual sou responsável, no tratamento proposto neste protocolo, cooperando com a coleta de material para exame, além de fornecer informações que constarão em uma ficha clínico-epidemiológica, as quais só poderão ser utilizadas em relatórios, reuniões e publicações científicas.

Data: ____ / ____ / ____

Nome do Paciente: _____ Assinatura: _____

Nome do Pai/Mãe/Tutor Legal: _____ Assinatura: _____

Médico Responsável: _____ Assinatura: _____

Hospital: _____ Endereço: _____



Tipo do Documento	MANUAL	MA.UFCD.SFH.005- Página 17/24	
Título do Documento	AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS	Emissão: 06/05/2024	Próxima revisão: 06/05/2026
		Versão: 1.0	

ANEXO 6: Ficha de solicitação de anfotericina B lipossomal para pacientes com leishmaniose.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Setor Comercial Sul, Quadra 04, Bloco A, 2º andar Brasília/DF - CEP 70.304-000
Fax: (61) 3213-8140 Tel.: (61) 3213-8153
E-mail: leishmanioses@saude.gov.br

Ficha de solicitação de anfotericina B lipossomal para pacientes com leishmaniose

Número da ficha: ____/____/____ (Para uso do Ministério da Saúde)

Número da notificação no Sinan: _____ (Solicitar ao serviço de vigilância epidemiológica)

Data da solicitação: ____/____/____

Forma clínica:

- Leishmaniose visceral Leishmaniose tegumentar difusa
 Leishmaniose tegumentar cutânea Leishmaniose tegumentar mucosa

INSTITUIÇÃO SOLICITANTE

Hospital ou instituição: _____

Médico solicitante: _____

CRM: _____ Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Responsável pelo recebimento: _____

Cargo: _____ Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Endereço para entrega: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente: _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: () Masculino () Feminino Peso: ____ kg

Município de residência: _____ UF: _____

DADOS CLÍNICOS ATUAIS (Descreva brevemente a história clínica do paciente, como internações, exames laboratoriais anteriores, entre outros):

Início dos sinais e sintomas: ____/____/____

Exame Clínico:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Febre | <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Esplenomegalia | <input type="checkbox"/> Icterícia | <input type="checkbox"/> Vômitos |
| <input type="checkbox"/> Hepatomegalia | <input type="checkbox"/> Fenômenos hemorrágicos | <input type="checkbox"/> Dispneia |
| <input type="checkbox"/> Palidez | <input type="checkbox"/> Edema localizado | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Desnutrição grave | <input type="checkbox"/> Edema generalizado | |

Doenças associadas:

- Ausente HIV/AIDS
 Doença renal Infecção bacteriana. Especificar: _____
 Doença cardíaca Outras: _____
 Doença hepática

TRATAMENTOS ESPECÍFICOS PARA LV

- Virgem de tratamento

Tipo do Documento	MANUAL	MA.UFCD.SFH.005- Página 18/24	
Título do Documento	AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS	Emissão: 06/05/2024	Próxima revisão: 06/05/2026
		Versão: 1.0	

() Antimoniato de N-metil Glucamina:

Dosagem: _____ mg/Sb+5/kg/dia n° de doses: _____ n° de esquemas: _____

() Desoxicolato de anfotericina B:

Dosagem: _____ mg/kg/dia n° de doses: _____ n° de esquemas: _____

() Anfotericina B lipossomal:

Dosagem: _____ mg/kg/dia n° de doses: _____ n° de esquemas: _____

EXAMES COMPLEMENTARES ATUAIS

Hemácias: _____ x10⁹ Neutrófilos: _____ mm³ Ativ. de protrombina: _____ %

Hematócrito: _____ % AST/TGO: _____ U/L Albumina: _____ g/dL

Hemoglobina: _____ g/dL ALT/TGP: _____ U/L Globulina: _____ g/dL

Plaquetas: _____ mm³ Bilirrubina total: _____ mg/dL Ureia: _____ mg/dL

Leucócitos: _____ mm³ Bilirrubina direta: _____ mg/dL Creatinina: _____ mg/dL

Outros: _____

EXAME PARASITOLÓGICO: Data do exame: ____/____/____

Aspirado de medula: () Positivo () Negativo Outro: _____ () Positivo () Negativo

EXAME SOROLÓGICO: Data do exame: ____/____/____

RIFI (diluição): _____ Teste rápido: _____ Elisa: _____

Outro: _____ () Positivo () Negativo

OUTROS EXAMES (Ex: PCR) Data do exame: ____/____/____

CRITÉRIO DE INDICAÇÃO DA ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL

- () Idade menor que 1 ano (**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)
- () Idade maior que 50 anos (**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)
- () Insuficiência renal
- () Insuficiência hepática
- () Insuficiência cardíaca
- () Transplantados, cardíacos, renais ou hepáticos;
- () Intervalo QT corrigido maior que 450 ms
- () Uso concomitante de medicamentos que alteram o intervalo QT
- () Hipersensibilidade ao antimônio pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LV
- () Infecção pelo HIV (tratamento) (**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)
- () Infecção pelo HIV (profilaxia secundária) (**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)
- () Comorbidades que comprometem a imunidade. Qual? _____ (**critério exclusivo para L. visceral**)
- () Uso de medicação que compromete a imunidade. Qual? _____ (**critério exclusivo para L. visceral**)
- () Falha terapêutica ao antimônio pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LV
- () Gestantes (**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)
- () Escore de gravidade clínico $\geq 4^1$ Informar valor: _____ (**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)
- () Escore de gravidade clínico-laboratorial ≥ 6 Informar valor: _____

Dose prescrita: _____ mg/kg/dia **Dias de tratamento:** _____ **Número de ampolas:** _____

(Assinatura e carimbo do médico)

¹ Os escores de gravidade estão descritos no manual de leishmaniose visceral: recomendações clínicas para redução da letalidade, que poderá ser acessado no link: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1561



Tipo do Documento	MANUAL	MA.UFCD.SFH.005- Página 20/24	
Título do Documento	AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS	Emissão: 06/05/2024	Próxima revisão: 06/05/2026
		Versão: 1.0	

9. ESTOQUE RESIDUAL: Quantidade de medicamentos quando do fechamento no final do mês.

10. LOTE: Coloque o número dos lotes dos medicamentos em estoque;

11. VALIDADE: Coloque as datas de validade dos medicamentos em estoque;

12. REPOSIÇÃO SOLICITADA: Preencha com a quantidade prevista para a utilização no próximo período;

13. LIBERAÇÃO: Após análise dos dados, o NAF define a quantidade do medicamento a ser liberada;

14. DATA: Data do fechamento do relatório;

15. REPONSÁVEL PELO PEDIDO: Assinatura e carimbo do farmacêutico ou pessoa responsável pelo preenchimento da planilha;

16. Todos os medicamentos deverão ser solicitados por quantidade de comprimidos, nunca por quantidade de caixas.

Fonte: CAF-NAF/2024

CÓPIA CONTROLADA



Tipo do Documento	MANUAL	MA.UFCD.SFH.005- Página 23/24	
Título do Documento	AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS	Emissão: 06/05/2024	Próxima revisão: 06/05/2026
		Versão: 1.0	

ANEXO 10: Planilha de solicitação de medicamentos para hanseníase.


SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE GERÊNCIA EXECUTIVA DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA																			
SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA HANSENÍASE																			
GERENCIA SOLICITANTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY (HULW-UFPA)																			
ENDEREÇO: Rua Estanislau Eloy, s/n - Bairro castelo Branco																			
FONE: 3206-0725	E-MAIL: sfh.hulw-ufpb@ebserh.gov.br																		
NÚMERO DE PACIENTES EM TRATAMENTO																			
<table border="1"> <tr> <th colspan="2">PAUCIBACILARES</th> <th colspan="2">MULTIBACILARES</th> <th colspan="2">TOTAL DE PACIENTES</th> </tr> <tr> <td>INFANTIL</td> <td>ADULTO</td> <td>INFANTIL</td> <td>ADULTO</td> <td>PAUCI</td> <td>MULTI</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table>		PAUCIBACILARES		MULTIBACILARES		TOTAL DE PACIENTES		INFANTIL	ADULTO	INFANTIL	ADULTO	PAUCI	MULTI	0	0	0	0	0	0
PAUCIBACILARES		MULTIBACILARES		TOTAL DE PACIENTES															
INFANTIL	ADULTO	INFANTIL	ADULTO	PAUCI	MULTI														
0	0	0	0	0	0														
MEDICAMENTOS	<table border="1"> <tr> <th rowspan="2">ESTOQUE ANTERIOR</th> <th rowspan="2">ENTRADA</th> <th colspan="2">SAÍDA</th> <th rowspan="2">ESTOQUE RESIDUAL</th> <th rowspan="2">Lote</th> <th rowspan="2">VALIDADE</th> <th rowspan="2">REPOSIÇÃO SOLICITADA</th> <th rowspan="2">LIBERAÇÃO</th> </tr> <tr> <th>CONSUMO</th> <th>OUTRAS</th> </tr> </table>	ESTOQUE ANTERIOR	ENTRADA	SAÍDA		ESTOQUE RESIDUAL	Lote	VALIDADE	REPOSIÇÃO SOLICITADA	LIBERAÇÃO	CONSUMO	OUTRAS							
ESTOQUE ANTERIOR	ENTRADA			SAÍDA							ESTOQUE RESIDUAL	Lote	VALIDADE	REPOSIÇÃO SOLICITADA	LIBERAÇÃO				
		CONSUMO	OUTRAS																
PQTU MB (RIFAMP, CLOFAZ E DAPSONA) ADULTO																			
PQTU MB (RIFAMP, CLOFAZ E DAPSONA) INFANTIL																			
PQTU PB (RIFAMP E DAPSONA) ADULTO																			
PQTU PB (RIFAMP E DAPSONA) INFANTIL																			
CLOFAZIMINA 50 mg																			
CLOFAZIMINA 100 mg																			
MINOCICLINA 100 mg																			
OFLOXACINO 400 mg																			
PENTOXIFILINA 400 mg																			
PREDINISONA 20 mg																			
PREDINISONA 5 mg																			
RIFAMPICINA 300 mg																			
TALIDOMIDA 100 mg																			
RESPONSÁVEL PELO PEDIDO:	LIBERADO POR:																		
DATA:	DATA: ____/____/____																		

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE / SESI/PB GERÊNCIA EXECUTIVA DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA																		
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE REQUISITANTE : HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY																		
ANEXO DO MOVIMENTO MENSAL DE MEDICAMENTOS PARA HANSENÍASE																		
Fornecer dados dos pacientes que utilizam medicamentos para hanseníase - Este relatório deverá estar anexado ao Movimento Mensal de Medicamentos para Hanseníase																		
MÊS: _____																		
Nº ordem	Nome completo do paciente	Município	Sexo F/M	Peso	Data de NASC.	Nº Notif. SINAN	DI início TTO	Continuidade do tratamento (após os 12 primeiros meses) <i>*Informar tempo prescrito</i>	Medicamentos utilizados				Mês de TTO	OBSERVAÇÃO : NECESSIDADE DE OUTRO MEDICAMENTO ASSOCIADO	PENTOXIFILINA 400mg	PREDINISONA 20mg	PREDINISONA 5mg	OFLOXACINO 400mg
									PQTU MULTIBACILAR (MB) Adulto	DOSE MENSAL	PQTU PAUCIBACILAR (PB) Adulto	DOSE MENSAL						

Fonte: CAF-NAF/2024



Tipo do Documento	MANUAL	MA.UFCD.SFH.005- Página 24/24	
Título do Documento	AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS	Emissão: 06/05/2024	Próxima revisão: 06/05/2026
		Versão: 1.0	

<p>Elaboração</p> <p>Edne Wanessa Nóbrega Crispim Lima Géssica Teixeira da Silva Jarine Torres de Araújo Renata Kelly Paulo de Moura Lorena Aquino de Vasconcelos Gerlania Sarmento Veríssimo</p>	Data: 06/05/2024
<p>Revisão</p> <p>Lorena Aquino de Vasconcelos</p>	Data: 10/05/2024
<p>Validação</p> <p>Virgínia de Araújo Pôrto – Enfermeira Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente</p> <p>Documento assinado digitalmente gov.br VIRGINIA DE ARAUJO PORTO Data: 02/09/2024 17:10:57-0300 Verifique em https://validar.it.gov.br</p>	Data: 02/09/2024
<p>Aprovação</p> <p> José Eymard Moraes de M. Filho Gerente de Atenção à Saúde CRM-PB 4375 - CPO 57.197.754-49 STAPE 1449263 - HULW-UFPA</p>	Data:

Dr. José Eymard Moraes de M. Filho
Superintendente do HULW-UFPA/EBSERH

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte