** FORMULÁRIO PARA MOVIMENTAÇÃO DE ESTOQUE**

 **SISMEDEX / CEAF**

 **Observar as orientações para preenchimento abaixo.**

**Data:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Unidade de Assistência:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medicamento** | **Fabricante** | **Lote** | **Validade** | **Qtd****(E ou S)** | **Motivo e Justificativa** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Este formulário só será analisado se estiver devidamente e completamente preenchido digitalmente;**
2. **Inserir neste formulário somente medicamentos com divergência ou vencidos;**
3. **O preenchimento deverá ser feito utilizando a grafia exata como consta nos relatórios do SISMEDEX para que não haja divergência nas informações.**
4. **Encaminhar por e-mail para** **sismedex@saude.sc.gov.br** **(UNIAFAM e UNIAFARS);**
5. **Solicitações de movimentações para UNICEAF deverão ser solicitadas pela UNIAFARS;**
6. **Na coluna quantidade (Qtd) escrever antes das quantidades o tipo de movimentação - Entrada (E) ou Saída (S);**
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