

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SAS  
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DIAF  
GERÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - GEAAF

# **Sistema SISMEDEX**

## **Operacionalização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em Santa Catarina**

# Núcleo do Sistema de Gerenciamento do CEAF e Programações ao MS



**Andréia Borges**  
Farmacêutica



**Daniela Tartari**  
Farmacêutica

**Gerência de Administração  
da Assistência Farmacêutica -  
GEAAF/DIAF/SES/SC**



**Rafael dos Santos**  
Analista de Sistemas



**Flávia Rosier**  
Farmacêutica



# Curso para Capacitação de Operadores do SISMEDEX

## Módulo 1

### Introdução ao SISMEDEX e Funcionalidades para Solicitação de Medicamentos

# Assuntos

- **Aula 1: Operacionalização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica:**

- Assistência Farmacêutica no SUS e Componente Especializado da AF,
- SISMEDEX - Execução e Operacionalização do CEAF em SC;
- Acesso ao SISMEDEX;
- Perfis de Operadores.

- **Aula 2: Funcionalidades/Ações Iniciais:**

- Consultas de Usuários;
- Cadastros de Solicitações;
- Encaminhamento de Processos Administrativos.

- **Aula 3: Funcionalidades/Ações Intermediárias:**

- Avaliação das Solicitações e Pareceres da Avaliação;
- Reavaliações Central
- Adequações;
- Renovações.

# Curso para Capacitação de Operadores do SISMEDEX

## Módulo 1 – Aula 1

### Operacionalização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

# Assistência Farmacêutica no SUS

- A **Assistência Farmacêutica (AF)** engloba um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o **medicamento como insumo essencial** e visando ao seu acesso e ao seu uso racional;
- **No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, em nível ambulatorial, os medicamentos disponíveis para o tratamento de doenças ou de agravos são aqueles **padronizados na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME)**.

# Componentes da Assistência Farmacêutica

- Para que se assegure o funcionamento efetivo das ações de assistência integral à saúde, **a AF no SUS é organizada em três níveis (federal, estadual e municipal)** e vinculada formalmente aos órgãos de saúde nas três esferas de governo;
- **As responsabilidades** das instâncias gestoras do SUS (Federal, Estadual e Municipal), em relação aos medicamentos, estão definidas em **três Componentes: Básico, Estratégico e Especializado.**

# Componentes da Assistência Farmacêutica

COMPONENTE	CARACTERÍSTICAS	FINANCIAMENTO
<b>Estratégico CESAF</b>	Tratamento para agravos específicos, agudos ou crônicos, contemplados em programas do MS com protocolos e normas estabelecidas	MS compra e distribui às SES ou diretamente aos municípios (dependendo do porte)
<b>Especializado CEAF</b>	Estratégia que visa garantir a integralidade dos tratamentos em nível ambulatorial. Abordagens terapêuticas estabelecidas em PCDT do MS	Depende do grupo de financiamento ao qual o medicamento foi alocado.
<b>Básico CBAF</b>	Medicamentos disponíveis na Atenção Primária à Saúde, com elenco de referência na RENAME	Pelas três esferas de gestão, com contrapartidas mínimas estaduais e municipais definidas.

Fonte: autoria própria.

# Componentes da Assistência Farmacêutica

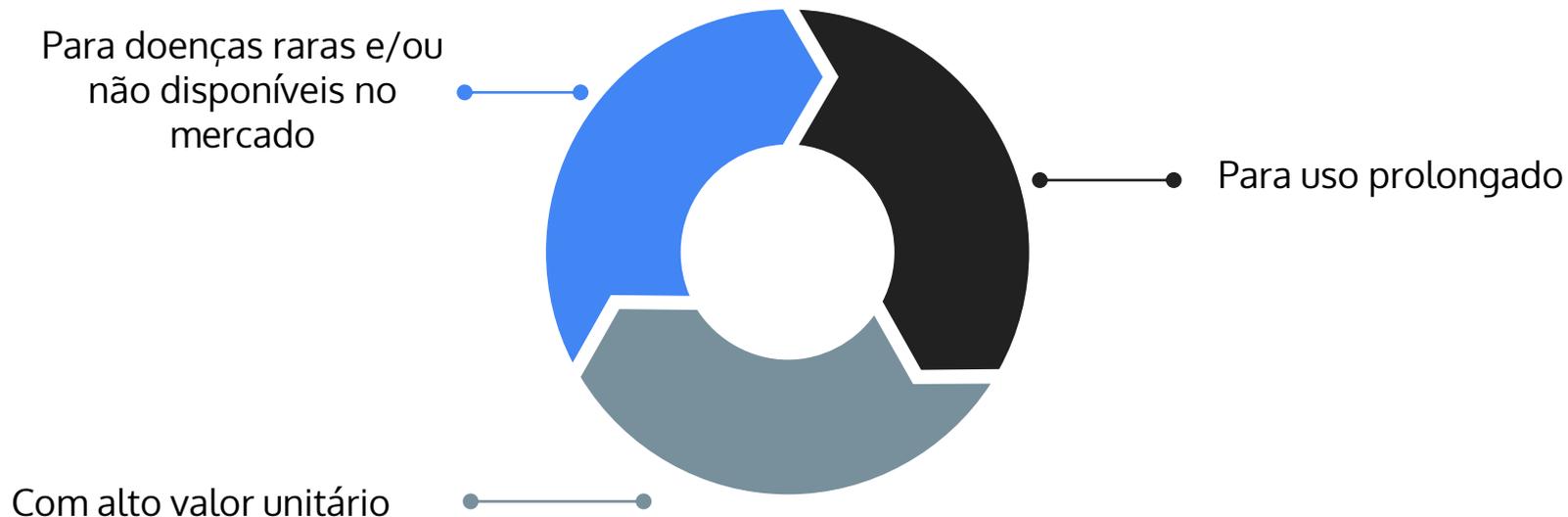
- **Os blocos de financiamento da AF NÃO abrangem:**
  - **Medicamentos de Uso Hospitalar:** contemplados pelo bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade
  - **Medicamentos de uso oncológico:** disponibilizados por estabelecimentos credenciados no SUS - reembolsados por Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) – **exceto os de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde que são distribuídos pela SES.**

# Componente Especializado da AF - CEAF

- **É uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS:**
  - Objetiva a garantia **da integralidade do tratamento** medicamentoso, **em nível ambulatorial**;
  - Suas linhas de cuidado estão definidas em **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT**, publicados pelo Ministério da Saúde (MS).

# Componente Especializado da AF - CEAF

## - Medicamentos do Alto Custo



Fonte: autoria própria.

# Componente Especializado da AF - CEAF

- Medicamentos são divididos em **três grupos de financiamento com características, responsabilidades e formas de organização distintas** e são definidos de acordo com critérios :
  - ⇒ Complexidade da doença;
  - ⇒ Garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado;
  - ⇒ Manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS.
- O acesso é garantido mediante **a pactuação do financiamento entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios.**

# Componente Especializado da AF - CEAF

## - Grupos de Financiamento dos Medicamentos do CEAF:

⇒ **Grupo 1:** Financiamento do MS:

- **1A:** Aquisição centralizada pelo MS e fornecidos às SES por meio de programação trimestral;

- **1B:** Financiados pelo MS mediante transferência de recursos financeiros às SES que realiza a aquisição;

⇒ **Grupo 2:** Financiamento e aquisição Estadual e distribuição nas UAF, e

⇒ **Grupo 3:** Financiamento tripartite e aquisição Municipal e distribuição nos Centros de Saúde municipais.

# Componente Especializado da AF - CEAF

## Marcos Legais:

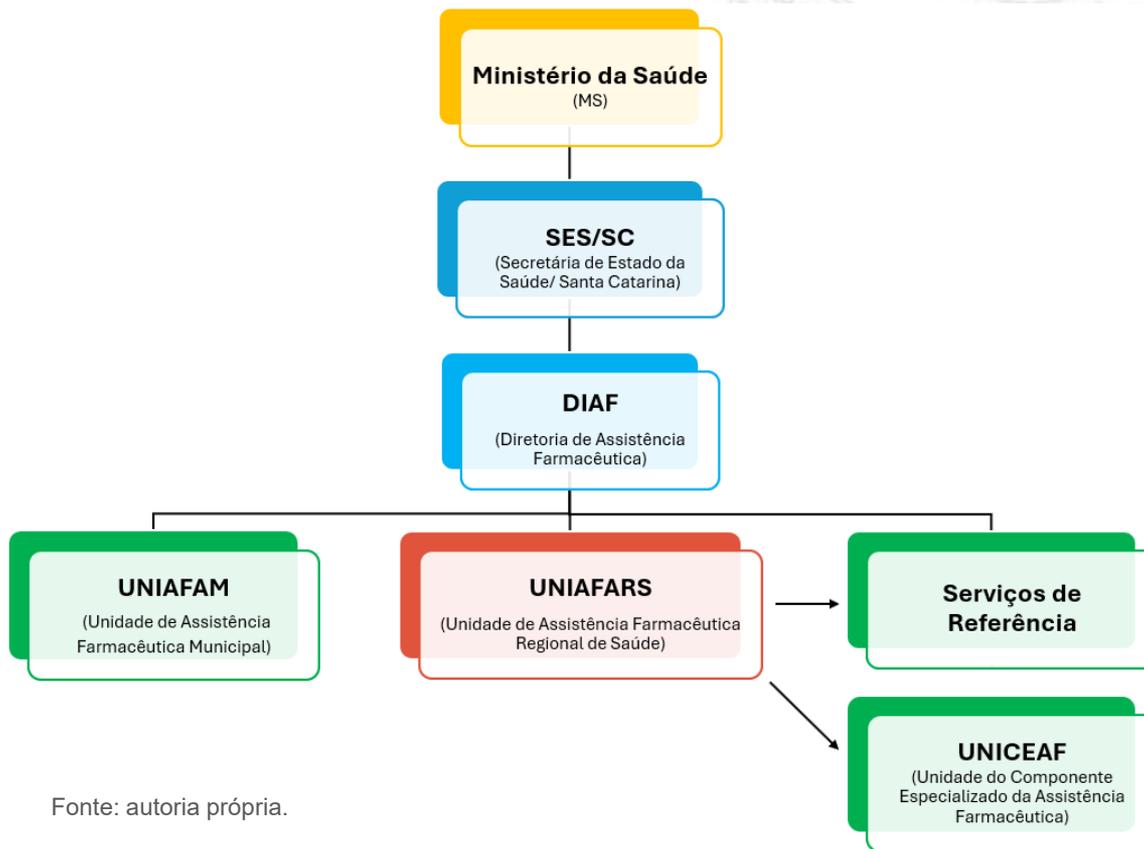
- **Portaria de Consolidação nº 2 de 28/09/2017**  
Anexo XXVIII - Título IV - Trata das regras de Execução e Financiamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Âmbito do SUS.
- **Portaria de Consolidação nº 6 de 28/09/2017**  
Título V - Capítulos II e III - Trata do Financiamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
- **Portaria MS nº 13 de 6/01/2020**  
Altera o Título IV do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/2017 que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

# Componente Especializado da AF - CEAf

## Marcos Legais Estaduais da Descentralização do CEAf:

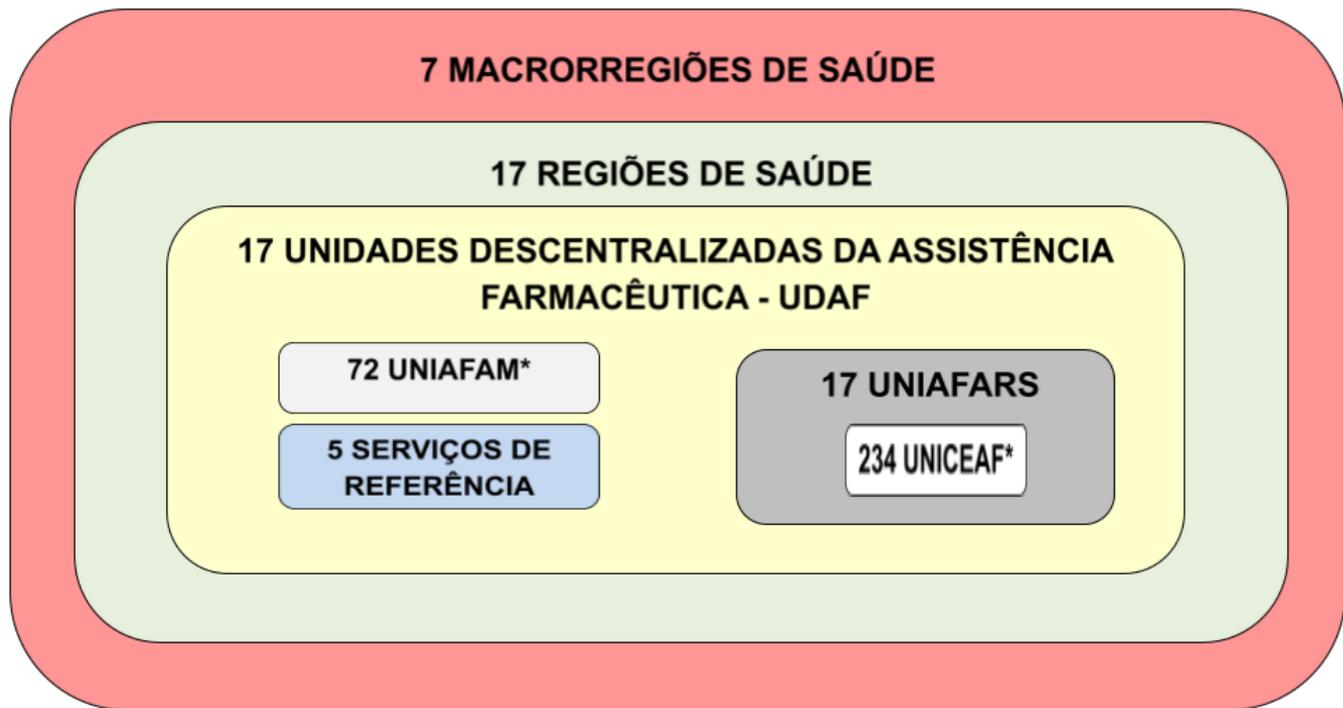
- **Portaria** n° **1006** - **SES/SC** de **22/11/2018**  
Define a execução da Assistência Farmacêutica, e seus Programas, nas Unidades Descentralizadas de Assistência Farmacêutica (UDAF) das Gerências Regionais de Saúde nas Regiões de Saúde no estado de Santa Catarina.
- **Deliberação** **CIB** **398** de **25/09/2014**  
Define novas Nomenclaturas para as Unidades de Assistência Farmacêutica e define as Responsabilidades para as duas Esferas de Gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

# Fluxograma da Descentralização do CEAF em SC



Fonte: autoria própria.

# Descentralização do CEAF em SC - 2025



**UNIAFAM** = Unidade de Assistência Farmacêutica do Município

**UNIAFARS** = Unidade de Assistência Farmacêutica da Regional de Saúde

**UNICEAF** = Unidade do Município do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

\* Quantidades de UAF (Unidades de Assistência Farmacêutica) maior que o número de municípios, pois alguns municípios têm mais que uma UAF.

Fonte: autoria própria.

# Operacionalização do CEAF

## Sistema Informatizado de Gerenciamento e Acompanhamento dos Medicamentos do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional - SISMEDEX

Ministério da Saúde

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
Componente Especializado da  
Assistência Farmacêutica - CEAF

MINISTÉRIO DA SAÚDE **SUS** Sistema Único de Saúde

Usuário

Senha

Versão 1.8.3

[Esqueci a Senha](#) [Mudar Senha](#)

Melhor visualizado em 1024 X 768 pelo navegador Mozilla.  
Versão: uf2\_4\_25 > Gerada em 01/07/2016 15:30h.

CELEPAR

Download dos Aplicativos:

# SISMEDEX

- Sistema informatizado que gerencia e operacionaliza o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF em SC (Portaria SES/SC nº 613, de 16 de junho de 2011);
- Possibilita o acompanhamento de toda a operacionalização do CEAF desde a solicitação, passando pela avaliação e autorização de medicamentos até a dispensação e renovações de continuidade;
- Endereço eletrônico: [www.sismedex.saude.sc.gov.br](http://www.sismedex.saude.sc.gov.br);
- Ele deve ser aberto no navegador FIREFOX.

# Acesso ao SISMEDEX - Operadores

- Solicitação de cadastro e senha deve ser realizada **por e-mail institucional do solicitante** com os documentos necessários preenchidos;
- Acesso por Perfis: estagiário, técnicos, gestor e autorizador;
- Dependendo do perfil, o operador terá acesso às diferentes **funcionalidades** do SISMEDEX;
- Para operadores das **UNICEAF a solicitação de acesso passa pelas UNIAFARS** que encaminham para o Núcleo SISMEDEX.

# Acesso ao SISMEDEX - Operadores

- Documentos necessários para cadastro e liberação de senha:
  - Formulário de Cadastro de Operador do SISMEDEX;
  - Termo de Responsabilidade, Confidencialidade e Sigilo para o acesso ao Sistema de Gerenciamento de Medicamentos do Componente Especializado - SISMEDEX - **Termo LGPD**;
  - Para profissional farmacêutico(a) com Perfil Autorizador - Declaração de Capacitação de Autorizador;
- Os documentos estão disponíveis na pasta da DIAF na página da SES/SC - **Pasta do Núcleo de Sistemas do CEAF.**

# Acesso ao SISMEDEX - Operadores

Componente  
Especializado da Assistência  
Farmacêutica - CEAF



Atendimento

Consulta

Avaliação Téc.

Autorização

Fluxo Estoque

Configuração

Administração

Produção APAC

Gerencial

Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (DIAF)

Seja bem vindo!

Andreia Rosa Borges, seu último acesso ocorreu dia 20/06/2023 18:18:36

## Informações do Usuário

Login: andreiaborges

Nome Operador: Andreia Rosa Borges

Unidade de Assistência: 00 DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (DIAF)

Data/Hora: 21/06/2023 19:21

topo



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

# Acesso ao SISMEDEX - Funcionalidades

- Perfil ATENDIMENTO:

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF		
Atendimento	Consulta	Sair
Cadastro Usuário/LME		
Manter Endereço Usuário		
Encaminhamento de Processos		
Segunda Via		

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF		
Atendimento	Consulta	Sair
<b>Seja bem vindo</b>	Usuário/LME	
	Consultar Usuário Dispensação	
	Documentos/Exames	
	Imprimir Solicitação	

# Acesso ao SISMEDEX - Funcionalidades

- Perfil GESTOR UNIAFAM:

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF						
Atendimento	Consulta	Fluxo Estoque	Administração	Gerencial	Sair	
Cadastro Usuário/LME						
Dispensação						
Manter Endereço Usuário						
Encaminhamento de Processos						
Segunda Via						
Monitoramento						

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF						
Atendimento	Consulta	Fluxo Estoque	Administração	Gerencial	Sair	
	Usuário/LME					
	Consultar Usuário Dispensação					
<b>Seja bem vindo!</b>	Documentos/Exames					
	Imprimir Solicitação					

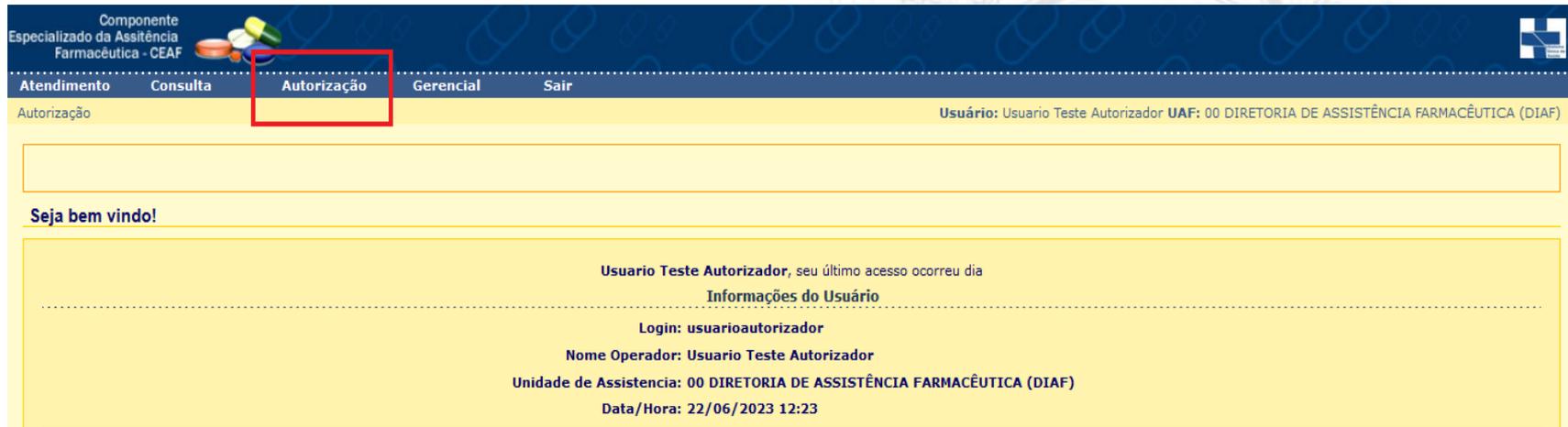
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF						
Atendimento	Consulta	Fluxo Estoque	Administração	Gerencial	Sair	
		Livro Registro 2				
		Livro Registro 1				
<b>Seja bem vindo!</b>		Guia de Remessa de Material				
		Relatórios				
		Consultas				

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF						
Atendimento	Consulta	Fluxo Estoque	Administração	Gerencial	Sair	
<b>Seja bem vindo!</b>						
			Estornar Dispensação			
			Manter Usuário/LME			
			Manter Estabelecimento de Saúde			
			Manter Médico Solicitante			
			Manter Medicamento Antecipado			
			Manter Medicamento Substitutivo			
			Protocolar Solicitação Administrativa			
			Adequar Solicitação Administrativa			

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF						
Atendimento	Consulta	Fluxo Estoque	Administração	Gerencial	Sair	
<b>Seja bem vindo!</b>						
					Produção Dispensação	
					Usuário por Situação da LME	
					Consolidado Atendimento	
					Totais por Dados Gerais	
					Totais por Medicamento	
					Totais por Patologia	
					Relação Usuários - Geral	
					Relação Usuários - Medicamento	
					Relação Usuários - Patologia	
					Relação Usuários - Dispensação	
					Relação Usuários - Competência	
					LMEs em Avaliação Técnica	
					LMEs em Autorização	
					LMEs Autorizadas	
					Relação para Arquivamento	
					Total de Medicamento Dispensado	

# Acesso ao SISMEDEX - Funcionalidades

- Perfil AUTORIZADOR:



The screenshot displays the SISMEDEX interface for the 'Autorização' profile. At the top, a dark blue header contains the text 'Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF' and a logo of a pharmacy. Below this is a navigation bar with five tabs: 'Atendimento', 'Consulta', 'Autorização' (highlighted with a red box), 'Gerencial', and 'Sair'. The main content area is yellow and contains a welcome message 'Seja bem vindo!' followed by user information: 'Usuario Teste Autorizador, seu último acesso ocorreu dia', 'Informações do Usuário', 'Login: usuarioautorizador', 'Nome Operador: Usuario Teste Autorizador', 'Unidade de Assistencia: 00 DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (DIAF)', and 'Data/Hora: 22/06/2023 12:23'. A user status bar at the top right indicates 'Usuário: Usuario Teste Autorizador UAF: 00 DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (DIAF)'.



# Etapas do Acesso aos Medicamentos do CEAf

- **Solicitação;**
- **Avaliação;**
- **Autorização;**
- **Dispensação;**
- **Adequações e**
- **Renovação para continuidade do tratamento.**

# Etapas de Execução do CEAF no SISMEDEX

- **Cadastro:** Novas solicitações, adequações e renovações;
- **Avaliação Central:** Para novas solicitações e medicamentos;
- **Autorização:** Novas solicitações, adequações e renovações;
- **Dispensação:** Mensal para solicitações deferidas e com vigência;
- **Renovação:** Após 6 competências a solicitação deverá ser renovada e autorizada.

# Executante das Etapas do CEAF no SISMEDEX

- **Cadastro:** Novas solicitações, adequações e renovações  
- **Realizadas nas UAF;**
- **Avaliação Central:** Para novas solicitações e medicamentos;  
- **Realizadas nas DIAF;**
- **Autorização:** Nova solicitações, adequações e renovações;  
- **Realizada nas UAF ou DIAF;**
- **Dispensação:** Para LME deferidos e com vigência;  
- **Realizadas nas UAF;**
- **Renovação:** Após 6 competências o LME deverá ser renovado e autorizado;  
- **Realizadas nas UAF.**

# Curso para Capacitação de Operadores do SISMEDEX

## Módulo 1 – Aula 2 Funcionalidades/Ações Iniciais

# Consulta

- Funcionalidade inicial para conferência dos dados do usuário;
  - Já é cadastrado;
  - Já utiliza ou já utilizou algum medicamento;
  - Se utiliza, em que situação está a solicitação.
- **Ação Importante antes de executar qualquer outra funcionalidade;**
- Pode ser realizado pelo Nome, CPF ou CNS do usuário;

# Na Prática - SISMEDEX - Consulta

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento **Consulta** Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Autorização Usuário/LME Consultar Usuário Disponibilidade

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

**Pesquisar Solicitação**

Documentos/Exames

Referências

Nº Protocolo Consultar Local Avaliação

CNS: Imprimir Solicitação

CPF:

Nome:

*Preencha apenas um dos campos.*

Pesquisar Limpar Voltar

topo

# Na Prática - SISMEDEX - Consulta

## Pesquisar Solicitação

### Identificação

Nome: USUARIO TESTE MAR 23    CNS: 243.3967.1075.0004    CPF:    Situação: ATIVO

Página 1 de 1

Exibir	Nº LME	LME Origem	Protocolo	Unidade	Medicamentos	Vigência	Situação	Frm. Renovação
	7		304.23.000014-9	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	ISOTRETINOINA 20 MG CAP	10/04/2023-30/04/2023	Deferida	
	6		083.23.000002-9	00 xATENÇÃO UNIDADE SISMEDEX TESTE (uso exclusivo DIAF)	ALFAVESTRONIDASE 10MG SOL INJETAVEL (FR 5 ML) FRCO ALFAVESTRONIDASE 10MG SOL INJETAVEL (FR 5 ML) FRCO	05/04/2023-30/06/2023	Adequação Autorização	-
	5		083.23.000001-0	00 xATENÇÃO UNIDADE SISMEDEX TESTE (uso exclusivo DIAF)	ECULIZUMABE 10 MG/ML SOL INJETAVEL (FR 30 ML) FRCO		Avaliação Central	-
	4	3	304.23.000012-2	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	BEZAFIBRATO 400 MG DR ATORVASTATINA 10MG COMP	01/06/2023-31/08/2023	Deferida	
	3		304.23.000012-2	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	BEZAFIBRATO 400 MG DR ATORVASTATINA 10MG COMP ATORVASTATINA 10MG COMP	03/03/2023-31/05/2023	Deferida	-
	2		304.23.000011-4	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	ATORVASTATINA 10MG COMP		Indeferida	-
	1		304.23.000010-6	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	ATORVASTATINA 10MG COMP		Devolvida	-

Página 1 de 1

[Voltar](#)

# Cadastro

- Funcionalidade utilizada para:
  - **Novas solicitações, Adequações e Renovações;**
- Realizado nas UAF pelo usuário mediante apresentação de:
  - **Documentos pessoais do usuário (e responsável se for o caso):** Documento de Identidade, CPF, Cartão Nacional do SUS (CNS) e Comprovante de Residência;
  - **Documentos específicos do CEAF:** LME, Receita médica, Termos de Esclarecimento e Responsabilidade, Formulários Médicos e outros; e
  - **Exames e relatos, segundo PCDT.**

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES\*      2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3- Nome completo do Paciente\*      4- Nome da Mãe do Paciente\*      5- Peso do paciente\*      6- Altura do paciente\*

	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10\*      10- Diagnóstico

11- Anamnese\*

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?  NÃO  SIM. Relatar:

13- **Atestado de capacidade\***  
 A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?  
 NÃO  SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento. Nome do responsável: \_\_\_\_\_

14- Nome do médico solicitante\*      17- Assinatura e carimbo do médico\*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\*      16- Data da solicitação\*

18- **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR\***:  Paciente  Mãe do paciente  Responsável (de acordo com item 13)  Médico solicitante  
 Outro, informar nome: \_\_\_\_\_ e CPF: \_\_\_\_\_

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável\*      20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente      22- Assinatura do responsável pelo preenchimento\*  
 CPF ou  CNS

22- Correio eletrônico do paciente

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATORIO

# LME

## Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF

- Completamente preenchido, sem rasuras ou correções;
- Campos com asterisco (\*) são de preenchimento obrigatório;
- Assinatura digital são aceitas apenas: ICP-Brasil ou CRM/SC.

Link: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/assistencia-farmaceutica-diaf/componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica-ceaf/documentos-do-ceaf>

# Na Prática - SISMEDEX - Cadastro

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF 

Atendimento Consulta Fluxo Estoque Administração Gerencial Sair

Usuário: Usuario Teste Atendimento

**Usuario Teste Atendimento**, seu último acesso ocorreu dia 22/06/2023 19:30:30

**Informações do Usuário**

Login: **usuarioatendimento**

Nome Operador: **Usuario Teste Atendimento**

Unidade de Assistência: **00 DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (DIAF)**

Data/Hora: **22/06/2023 19:31**

topo 

# Na Prática - SISMEDEX - Cadastro

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

### Pesquisar Usuário

CNS:

CPF:

Nome: teste teste

Preencha apenas um dos campos.

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

**⚠ Não localizado usuário com nome informado.**

### Pesquisar Usuário

CNS:

CPF:

Nome: testamento

Preencha apenas um dos campos.

# Na Prática - SISMEDEX - Cadastro

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF



Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

## Solicitar Dados Cadastrais

\* CNS:

(\*) Campo de preenchimento obrigatório

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 x UNIDADE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

### Cadastrar Solicitação

Usuário	Dados Saúde	Dados Solicitante	Prescrição Médica	Validar
---------	-------------	-------------------	-------------------	---------

**Identificação**

\* Nome:  Nº interno:   
CNS: 220060784330007 CPF:

Nº Identidade:  UF:  Seleccione Órgão Emissor:  Seleccione  
Data Nascimento:  Sexo:  Masculino  Feminino  
País Naturalidade:  BRASIL UF Naturalidade:  Seleccione  
Município Naturalidade:  Seleccione

Nome da Mãe:  Telefone Residencial:   
Telefone Comercial:  Telefone Celular:   
Aceita receber SMS no Celular:

Observação dos telefones:   
Email:

**Endereço**

CEP:  Buscando...  
UF:  <seleccione> Município:  <seleccione>  
Logradouro:  Nº:   
Complemento:  Bairro:

# Na Prática - SISMEDEX - Cadastro

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

### Solicitar Dados Cadastrais

\* CNS:

(\*) Campo de preenchimento obrigatório.

Fonte: CELEPAR. SISMEDEX - Assistência Farmacêutica - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF. Versão: uf2\_4\_25. Gerada em 01/07/2016.

Em 2023 para atendimento ao disposto nos Ofícios:

**65/2022/CGSI/DRAC/SAES/MS e 67/2022/CGSI/DRAC/SAES/MS**

**6/2022/CGCEAF/DAF/SCTIE/MS** que dispõe sobre a **obrigatoriedade de preenchimento do campo raça/cor** nos documentos do SUS;

foi emitida **Nota Informativa nº 04/2023 DIAF/SPS/SES/SC** com orientações para preenchimento destas informações no SISMEDEX.

# Na Prática - SISMEDEX - Cadastro

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (DIAF)

### Consultar Solicitação

Usuário	Dados Saúde	Dados Solicitante	Prescrição Médica
---------	-------------	-------------------	-------------------

**Identificação**

Nome: USUARIO TESTE MAR 23\*      Nº interno: 444.120/3  
CNS: 243.3967.1075.0004      CPF:  
Nº Identidade: 2365984 UF: SC      Órgão Emissor: SSP  
Data Nascimento: 01/01/1977      Sexo: Masculino  
Pais Naturalidade: BRASIL      UF Naturalidade: AM  
Município Naturalidade: Manaus  
Nome da Mãe: MARIA      Telefone Residencial: (48)3665-4513  
Telefone Comercial:      Telefone Celular:  
Aceita receber SMS no Celular: Não

Observação dos telefones: 5-X288

Email: usuario@gmail.com - Telefone da mãe: 3665-4899

**Campo alternativo para o preenchimento da informação Raça/Cor e Etnia**

# Na Prática - SISMEDEX - Cadastro

## Consultar Solicitação

Usuário	Dados Saúde	Dados Solicitante	Prescrição Médica
<b>Identificação</b>			
Nome: USUARIO TESTE MAR 23*		Nº interno: 444.120/3	
CNS: 243.3967.1075.0004		CPF:	
Nº Identidade: 2365984 UF: SC		Órgão Emissor: SSP	
Data Nascimento: 01/01/1977		Sexo: Masculino	
Pais Naturalidade: BRASIL		UF Naturalidade: AM	
Município Naturalidade: Manaus			
Nome da Mãe: MARIA		Telefone Residencial: (48)3665-4513	
Telefone Comercial:		Telefone Celular:	
Aceita receber SMS no Celular: Não			
Observação dos telefones: 5-X288			
Email: usuario@gmail.com - Telefone da mãe: 3665-4899			

**Campo alternativo para o preenchimento da informação Raça/Cor e Etnia**

Usuário	Dados Saúde	Dados Solicitante	Prescrição Médica
<b>Identificação</b>			
Nome: USUARIO TESTE MAR 23*		Nº interno: 444.120/2	
CNS: 243.3967.1075.0004		CPF:	
Nº Identidade: 2365984 UF: SC		Órgão Emissor: SSP	
Data Nascimento: 01/01/1977		Sexo: Masculino	
Pais Naturalidade: BRASIL		UF Naturalidade: AM	
Município Naturalidade: Manaus			
Nome da Mãe: MARIA		Telefone Residencial: (48)3665-4513	
Telefone Comercial:		Telefone Celular:	
Aceita receber SMS no Celular: Não			
Observação dos telefones: 5-X288			
Email: usuario@gmail.com - Telefone da mãe: 3665-4899			
<b>Endereço</b>			
CEP: 88.101-050		Município: São José	
UF: SC		Nº: 10	
Logradouro: Rua Elizeu Di Bernardi		Bairro: Campinas	
Complemento:			

**Transferência dos dados do campo Observação dos telefones para o campo E-mail.**

# Na Prática - SISMEDEX - Cadastro

Componente  
Especializado da Assistência  
Farmacêutica - CEAF



Atendimento

Consulta

Avaliação Téc.

Autorização

Fluxo Estoque

Configuração

Administração

Produção APAC

Gerencial

Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

## Cadastrar Solicitação

Usuário

Dados Saúde

Dados Solicitante

Prescrição Médica

Validar

### Identificação

\* Nome: USUARIO TESTE JUN 23

Nº interno:

CNS: 236368921020005

CPF: 739.879.864-41

Nº Identidade: 652986

UF: SC

Órgão Emissor: SSP

Data Nascimento: 01/01/1970

Sexo:  Masculino  Feminino

País Naturalidade: BRASIL

UF Naturalidade: SC

Município Naturalidade: Florianópolis

Nome da Mãe: MARIA MARIA

Telefone Residencial: (48)3665-4545

Telefone Comercial:

Telefone Celular: (48)98458-6326

Aceita receber SMS no Celular:

Observação dos telefones: 5-X288

Email:

### Endereço

CEP: 88101050

UF: SC

Município: São José

Logradouro: Rua

Nº: 26

Complemento: Apto 233

Bairro: Campos

# Na Prática - SISMEDEX - Cadastro

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

### Cadastrar Solicitação

Usuário	<b>Dados Saúde</b>	Dados Solicitante	Prescrição Médica	Validar
---------	--------------------	-------------------	-------------------	---------

**Identificação**

Nome: USUARIO TESTE JUN 23 CNS: 236.3689.2102.0005 CPF: 739.879.864-41 Situação:

**Dados de Saúde**

Nº Prontuário:  Nº Sinan:

Peso (kg):  (Ex.: 72,5) Altura (m):  (Ex.: 1,65)

Informações Adicionais:  Gestação  Hipertensão  Tabagismo  Diabetes

**Atestado de Capacidade**

O paciente é considerado incapaz?  SIM  NÃO

Nome do responsável legal\*:

**Dados de Transplante**

Data do Transplante:  Órgão Transplantado:

**Confirmação dos Dados**

Dados de saúde do usuário confirmados nesta solicitação.

# Na Prática - SISMEDEX - Cadastro

Componente  
Especializado da Assistência  
Farmacêutica - CEAF



Atendimento

Consulta

Avaliação Téc.

Autorização

Fluxo Estoque

Configuração

Administração

Produção APAC

Gerencial

Emitir Formulário

Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

## Cadastrar Solicitação

Usuário

Dados Saúde

Dados Solicitante

Prescrição Médica

Validar

### Identificação

Nome: USUARIO TESTE JUN 23 CNS: 236.3689.2102.0005 CPF: 739.879.864-41 Situação:

### Identificação do Estabelecimento de Saúde Solicitante

CNES: 2407418 Nome: DIAF

### Identificação Médico Solicitante

CRM/RMS: 0001 UF CRM: SC

Nome: MEDICO TESTE DIAF

CPF: . . - CNS: 258.4637.9047.0008

Data da Solicitação: 26/06/2023

Observações da Receita na Dispensação: [Listar todas observações](#)

Observações:

Justificativa dos Medicamentos Solicitados:

Anamnese:

Alterações Laboratoriais Significativas:

Tratamentos Prévios:

# Na Prática - SISMEDEX - Cadastro

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

### Cadastrar Solicitação

<a href="#">Usuário</a>	<a href="#">Dados Saúde</a>	<a href="#">Dados Solicitante</a>	<b>Prescrição Médica</b>	<a href="#">Validar</a>
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	--------------------------	-------------------------

**Identificação**

Nome: USUARIO TESTE JUN 23    CNS: 236.3689.2102.0005    CPF: 739.879.864-41    Situação:

**Código Internacional de Doenças**

\*CID Principal:     CID Secundário:

**Medicamento Solicitado**

\*Medicamento:     \*Qtde:       1º Mês   2º Mês   3º Mês

[Adicionar](#)

**Medicamentos**

(\*) Campo de preenchimento obrigatório.

# Na Prática - SISMEDEX - Cadastro

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

### Cadastrar Solicitação

Usuário Dados Saúde Dados Solicitante Prescrição Médica Validar

**Identificação**  
Nome: USUARIO TESTE JUN 23 CNS: 236.3689.2102.0005 CPF: 739.879.864-41 Situação:

**Código Internacional de Doenças**  
\*CID Principal: L400 CID Secundário:

**Medicamento Solicitado**  
\*Medicamento: CLOBETASOL 0,5 MG/G SOLUÇÃO CAPILAR FRCO 50 G \*Qtde: 1º Mês 2º Mês 3º Mês  
1 1 1

[Adicionar](#)

**Medicamentos**

Código do Procedimento	Nome do Medicamento	Qtde Máxima	CID Principal	CID Secundário	Quantidades			Alterar	Excluir
					Mês 1	Mês 2	Mês 3		
06.04.34.003.6	CICLOSPORINA 50 MG CAP	744	L400		30	30	30		

[Desistir](#)

# Na Prática - SISMEDEX - Cadastro

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento   Consulta   Avaliação Téc.   Autorização   Fluxo Estoque   Configuração   Administração   Produção APAC   Gerencial   Emitir Formulário   Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

### Cadastrar Solicitação

Usuário	Dados Saúde	Dados Solicitante	Prescrição Médica	Validar
---------	-------------	-------------------	-------------------	---------

**Identificação**

Nome: USUARIO TESTE JUN 23    CNS: 236.3689.2102.0005    CPF: 739.879.864-41    Situação:

**Ocorrência**

**Documentos Gerais**

Selecione os documentos obrigatórios apresentados

- Cópia de Documento de Identidade ou da Certidão de Nascimento
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- Cópia do comprovante de residência (caso não esteja no nome do paciente, apresentar declaração simples do titular do comprovante).
- Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
- Prescrição médica devidamente preenchida

**Documentos Específicos**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde Executante**

CNES: 2407400    Nome: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

Gravar

# Na Prática - SISMEDEX - Cadastro

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

✓ A solicitação foi gravada e está aguardando Avaliação Central

**Pesquisar Usuário**

CNS:   
CPF:   
Nome:

*Preencha apenas um dos campos.*

Pesquisar Limpar Voltar

## Protocolo de Atendimento do SISMEDEX



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA  
00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

1ª via - SES  
Data de Emissão: 26/06/2023 18:08  
Protocolo: 304.23.000019-0

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
Protocolo de Atendimento: Nova Solicitação

**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO**

Nome: USUARIO TESTE JUN 23      CNS: 236.3689.2102.0005      Data Nasc.: 01/01/1970  
Município: São José

Nome Mãe: MARIA MARIA      CPF: 739.879.864-41      N° Interno: 456.845/1

SES	MEDICAMENTOS SOLICITADOS	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3
400003-0	CICLOSPORINA 50 MG CAP	30	30	30
124026-9	CLOBETASOL 0,5 MG/G SOLUÇÃO CAPILAR FRCO 50 G	1	1	1

Encaminhamento: Avaliação Central  
Atendente: Andreia Rosa Borges

Requerente ou Responsável Legal  
Data: / /



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA  
00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

**1ª via - SES**  
Data de Emissão:  
26/06/2023 18:08  
Protocolo:  
304.23.000019-0

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Protocolo de Atendimento: Nova Solicitação

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome: USUARIO TESTE JUN 23      CNS: 236.3689.2102.0005      Data Nasc.: 01/01/1970  
Município: São José  
Nome Mãe: MARIA MARIA      CPF: 739.879.864-41      Nº Interno: 456.845/1

SES	MEDICAMENTOS SOLICITADOS	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3
400003-0	CICLOSPORINA 50 MG CAP	30	30	30
124026-9	CLOBETASOL 0,5 MG/G SOLUÇÃO CAPILAR FRCO 50 G	1	1	1

Encaminhamento: Avaliação Central  
Atendente: Andreia Rosa Borges

Requerente ou Responsável Legal  
Data: / /



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA  
00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

**2ª via - Usuário**  
Data de Emissão:  
26/06/2023 18:08  
Protocolo:  
304.23.000019-0

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Protocolo de Atendimento: Nova Solicitação

# Protocolo de Atendimento

- Imprimir as duas vias, uma fica com o usuário;
- Tipo de solicitação;
- Assinatura do usuário ou responsável legal.



# Cadastro

- **Importante:**

- **Validade do LME: 90 dias.**
  - Quando a data do LME for maior que 60 dias, registrar a data do dia corrente;
- A partir do cadastro, o usuário e o medicamento entram nos **mapas da UAF;**
- **Atualização do Peso do usuário** – deve ser verificado o LME a cada Renovação e se houver mudança a atualização deve ser realizada.

# Cadastro

## • Cadastro Pendente:

- Ocorre em cadastros não finalizados por ausência de informações ou documentos, mas gravados no SISMEDEX;
- Gera **Protocolo de Atendimento com Ocorrência.**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA  
00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

Data de Emissão:  
26/06/2023 18:34

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
**Ocorrências de Atendimento**

### IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome: USUARIO TESTE JUN 23

CNS: 236.3689.2102.0005

Data Nasc.: 01/01/1970

Nome Mãe: MARIA MARIA

CPF: 739.879.864-41

Nº Interno:456.845/2

### MEDICAMENTOS SOLICITADOS

INFLIXIMABE 10 MG/ML ORIGINADOR F.A. 10ML

### Ocorrências da Solicitação

#### Prescrição Médica

Informamos que a Portaria nº 1554/MS de 30/07/2013 e/ou legislação estadual não permitem liberação do medicamento INFLIXIMABE 10 MG/ML ORIGINADOR para o CID L700  
O estado padronizou o(s) seguinte(s) medicamento(s) para o CID:

ISOTRETINOINA 10 MG

ISOTRETINOINA 20 MG

Documentos gerais não apresentados

Cópia de Documento de Identidade ou da Certidão de Nascimento

Prescrição médica devidamente preenchida

# Cadastro

## • Devolução de LME para correção: Pendência

### Pesquisar Solicitação

#### Identificação

Nome: USUARIO TESTE MAR 23    CNS: 243.3967.1075.0004    CPF:    Situação: ATIVO

Página 1 de 2

[Próxima](#) | [Última](#)

Exibir	Nº LME	LME Origem	Protocolo	Unidade	Medicamentos	Vigência	Situação	Form. Renovação
	17		304.24.000001-5	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	FORMULA PADRÃO P/ NUTRIÇÃO ENTERAL EM PÓ LATA	04/01/2024-30/03/2024		-
	16		304.23.000054-8	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	CANETAS REUTILIZAVEIS (GANLEE PEN OU XIULIN PEN) CARPE INSULINA AN AÇÃO RAP 100 UI/ML TUBETE (SIST REUTI) TUB		Autorização	-
	15	13	304.23.000045-9	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	ILOPROSTA 10 MCG/ML SOLUÇÃO PARA NEBULIZAÇÃO AP 1 ML	01/11/2023-31/01/2024		-
	14			00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	INSULINA AN. AÇÃO RAP. 100 UI/mL ASPARTE (0010) TUB			-
	13		304.23.000045-9	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	ILOPROSTA 10 MCG/ML SOLUÇÃO PARA NEBULIZAÇÃO AP 1 ML SELEXIPAGUE 600 MCG (POR COMPRIMIDO) COMP	16/08/2023-31/10/2023	Deferida	-
	12		304.23.000025-4	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	SELEXIPAGUE 800 MCG (POR COMPRIMIDO) COMP SILDENAFILA 20 MG COMP	10/08/2023-31/10/2023	Encerrada	-
	11	7	304.23.000018-1	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	ISOTRETINOINA 20 MG CAP		Pendente	-
	10		304.23.000016-5	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	INFLIXIMABE 10 MG/ML ORIGINADOR F.A. 10ML			-

# Cadastro

- Devolução de LME para correção: Pendência

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Cadastro Usuário/LME LME Para Cadastro Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

Dispensação

Manter Endereço Usuário

Encaminhamento de Processos

Segunda Via

Monitoramento

nome:

APAC:

*Preencha apenas um dos campos.*

Pesquisar Limpar Voltar

topo

# Cadastro

## • Resolução do Cadastro Pendente:

- Após resolução da pendência, retornar no cadastro pela ação **Retorno**, retificando os dados.

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (DIAF)

Cadastro Usuário/LME  
Dispensação  
Manter Endereço Usuário  
Encaminhamento de Processos  
Segunda Via  
Monitoramento

nome:

Preencha apenas um dos campos.

[Pesquisar](#) [Limpar](#) [Voltar](#)

Exibir	Nº LME	LME Origem	Protocolo	Unidade	Medicamentos	Vigência	Situação	Ações
	15			00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	OLANZAPINA 10 MG COMP		Encerrada	
	16			00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	CICLOSPORINA 100 MG CAP		Pendente	<a href="#">Retorno</a>

Página 1 de 1

[Incluir Solicitação](#) [Consultar Histórico](#) [Voltar](#)

# Cadastro

- Devolução de LME para correção de dados do cadastro do usuário:

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

**Pesquisar Usuário**

CNS:

CPF:

Nome:

APAC:

Preencha apenas um dos campos.

Vigilância Sanitária	DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (DIAF)
Estornar Dispensação	
Manter Usuário/LME	Retorno Avaliação Centra
Manter Estabelecimento de Saúde	Manter Situação Usuário
Manter Médico Solicitante	Alterar CNS
Manter Medicamento Antecipado	Transferir LME
Manter Medicamento Substitutivo	Encerrar LME
Alterar Vigência LME	Alterar Local Avaliação
Protocolar Solicitação Administrativa	Devolver LME Para Cadastro
Adequar Solicitação Administrativa	Desfazer Avaliação
Manter Vinculo Colaborador/UAF	Desfazer Autorização
	Desfazer Encerramento

# Cadastro

- Devolução de LME para correção de dados do cadastro do usuário:

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento   Consulta   Avaliação Téc.   Autorização   Fluxo Estoque   Configuração   Administração   Produção APAC   Gerencial   Emitir Formulário   Sair

Administração > Manter Usuário/LME > Devolver LME Para Cadastro   Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (DIAF)

### Pesquisar Usuário

Nome: USUARIO TESTE MAR 23   CNS: 243.3967.1075.0004   CPF:   Situação: ATIVO

Página 1 de 1

Nº LME	LME Origem	Protocolo	Unidade	Medicamentos	Vigência	Situação	Devolver
10		304.23.000016-5	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	INFLIXIMABE 10 MG/ML ORIGINADOR F.A. 10ML	-	Avaliação Central	
11	7	304.23.000018-1	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	ISOTRETINOINA 20 MG CAP	-	Autorização	

Página 1 de 1

# Cadastro

- Devolução de LME para correção de dados do cadastro do usuário:

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Administração > Manter Usuário/LME > Devolver LME Para Cadastro Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

### Devolver LME para Cadastro

**Identificação**

Nome: USUARIO TESTE MAR 23 CNS: 243.3967.1075.0004 CPF: Situação: ATIVO

Número do LME: 10 Situação: Avaliação Central Número do LME Anterior: Nova Solicitação  
Cadastrado por: Andreia Rosa Borges Data da Emissão: 25/05/2023  
\* Motivo Devolução: Preenchimento Incompleto Data de Cadastro: 25/05/2023  
\* Especificação: Favor preencher as informações de Raça/Cor e Etnia.

Devolver a LME para CORREÇÃO no cadastro  
 Encerrar a LME com motivo DEVOLVIDA

(\*) Campo de preenchimento obrigatório.

Confirmar Voltar

# Cadastro

## • Devolução de LME para correção: Retorno da Pendência

Pesquisar Solicitação

Identificação

Nome: USUARIO TESTE MAR 23 CNS: 243.3967.1075.0004 CPF: Situação: ATIVO

Página 1 de 1

Exibir	Nº LME	LME Origem	Protocolo	Unidade	Medicamentos	Vigência	Situação	Ações
	3		304.23.000012-2	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	ATORVASTATINA 10MG COMP BEZAFIBRATO 400 MG DR ATORVASTATINA 10MG COMP ATORVASTATINA 10MG COMP	03/03/2023-31/05/2023	Adequação Autorização	
	4	3	304.23.000012-2	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	ATORVASTATINA 10MG COMP BEZAFIBRATO 400 MG DR ATORVASTATINA 10MG COMP	01/06/2023-31/08/2023	Adequação Autorização	
	9	8	083.23.002409-2	00 xATENÇÃO UNIDADE SISMEDEX TESTE (uso exclusivo DIAF)	LEUPRORRELINA 11,25MG F.A. TRIPTORRELINA 3,75MG F.A.	01/08/2023-31/08/2023	Adequação Autorização	
	12		304.23.000025-4	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	SELEXIPAGUE 800 MCG (POR COMPRIMIDO) COMP SILDENAFILA 20 MG COMP	10/08/2023-31/10/2023	Encerrada	
	13		304.23.000045-9	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	ILOPROSTA 10 MCG/ML SOLUÇÃO PARA NEBULIZAÇÃO AP 1 ML SELEXIPAGUE 600 MCG (POR COMPRIMIDO) COMP	16/08/2023-31/10/2023	Deferida	
	14			00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	INSULINA AN. AÇÃO RAP. 100 UI/ML ASPARTE (0010) TUB		Pendente	<a href="#">Retorno</a>
	15	13	304.23.000045-9	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	ILOPROSTA 10 MCG/ML SOLUÇÃO PARA NEBULIZAÇÃO AP 1 ML	01/11/2023-31/01/2024	Transferência para 00 xATENÇÃO UNIDADE SISMEDEX TESTE (uso exclusivo DIAF)	

# Envio do Processo de Solicitação

- **Processos Digitais**

- **Sistema de Gestão de Processos Eletrônicos - SGPe** - Decreto Estadual nº 39 de 21/02/2019: “Institui a partir de 02/04/2019 o Programa Governo sem Papel”.
- **UNIAFARS** - encaminham para a DIAF via SGPe;
- **UNIAFAM** - encaminham para a DIAF por e-mail e o Protocolo DIAF anexa ao SGPe;
- **UNICEAF** - encaminham para as Regionais (UNIAFARS) que, por sua vez, encaminham para DIAF via SGPe.



# Curso para Capacitação de Operadores do SISMEDEX

## Módulo 1 – Aula 3

### Funcionalidades/Ações Intermediárias

# Adequações

- Ação disponível **logo após a autorização do primeiro dia da 1ª competência até o último dia da 6ª competência** - Pode ser realizada a **qualquer momento da solicitação já autorizada**;
- Realizada para **aumento de posologia e/ou troca ou inclusão de medicamento para um mesmo CID-10**;
- **Documentação:** LME, receita e/ou notificação de receita e demais exames e/ou documentos segundo PCDT.

# Adequações

- A adequação **não altera vigência**;
- A adequação **não pode ser Devolvida** durante a Avaliação/Autorização, apenas Indeferida;

## **ATENÇÃO:**

As trocas de CID-10 não pode ser realizada por adequação!!!!  
Deve-se **encerrar o LME vigente e cadastrar novamente**  
com o novo CID-10.

# Na Prática - SISMEDEX - Adequação

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Fluxo Estoque Administração Gerencial Sair

Usuário: Usuario Teste Atendimento

Usuário Teste Atendimento, seu último acesso ocorreu dia 22/06/2023 19:30:30

**Informações do Usuário**

Login: usuarioatendimento

Nome Operador: Usuario Teste Atendimento

Unidade de Assistência: 00 DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (DIAF)

Data/Hora: 22/06/2023 19:31

topo

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

**Pesquisar Usuário**

CNS:

CPF:

Nome: teste teste

Preencha apenas um dos campos.

Pesquisar Limpar Voltar

# Na Prática - SISMEDEX - Adequação

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF



Atendimento   Consulta   Avaliação Téc.   Autorização   Fluxo Estoque   Configuração   Administração   Produção APAC   Gerencial   Emitir Formulário   Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

### Pesquisar Usuário

CNS:

CPF:

Nome:

 Preencha apenas um dos campos.

Página 1 de 1

Exibir	Nome	Data de Nascimento	Nome da Mãe	CNS	CPF
	USUARIO TESTE MAR 23	01/01/1977	MARIA	243.3967.1075.0004	

# Na Prática - SISMEDEX - Adequação

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

### Pesquisar Solicitação

**Identificação**

Nome: USUARIO TESTE MAR 23 CNS: 243.3967.1075.0004 CPF: Situação: ATIVO

Página 1 de 1

Exibir	Nº LME	LME Origem	Protocolo	Unidade	Medicamentos	Vigência	Situação	Ações
	2		304.23.000011-4	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	ATORVASTATINA 10MG COMP		Indeferida	
	3		304.23.000012-2	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	ATORVASTATINA 10MG COMP BEZAFIBRATO 400 MG DR ATORVASTATINA 10MG COMP ATORVASTATINA 10MG COMP	03/03/2023-31 /05/2023	Adequação Autorização	
	4	3	304.23.000012-2	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	BEZAFIBRATO 400 MG DR ATORVASTATINA 10MG COMP	01/06/2023-31 /08/2023	Deferida	<u>Adequação</u>



# Na Prática - SISMEDEX - Adequação

- As abas **USUÁRIO**, **DADOS SAÚDE** e **DADOS SOLICITANTE** estarão **bloqueadas para edição**;
- A aba **PRESCRIÇÃO MÉDICA** já estará preenchida, mas passível de edição para medicamentos e quantidades.

**Adequação Solicitação**

Usuário      Dados Saúde      Dados Solicitante      **Prescrição Médica**      Validar

**Identificação**

Nome: USUARIO CAPACITAÇÃO MARÇO 2    CNS: 904.5183.0144.0002    CPF: 147.416.935-03    Situação: ATIVO

Código Internacional de Doenças

\*CID Principal: E780      CID Secundário:

**Medicamento Solicitado**

\*Medicamento:       \*Qtde:  1º Mês     2º Mês     3º Mês

[+ Adicionar](#)

**Medicamentos**

Código do Procedimento	Nome do Medicamento	Qtde Máxima	CID Principal	CID Secundário	Quantidades			Alterar
					Mês 1	Mês 2	Mês 3	
06.04.36.001.0	ATORVASTATINA 10MG COMP		E780		30	30	30	

[Desistir](#)

# Na Prática - SISMEDEX - Adequação

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 x UNIDADE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

### Adequação Solicitação

<a href="#">Usuário</a>	<a href="#">Dados Saúde</a>	<a href="#">Dados Solicitante</a>	<b>Prescrição Médica</b>	<a href="#">Validar</a>
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	--------------------------	-------------------------

**Identificação**

Nome: USUARIO CAPACITAÇÃO MARÇO 2    CNS: 904.5183.0144.0002    CPF: 147.416.935-03    Situação: ATIVO

**Código Internacional de Doenças**

\*CID Principal:     CID Secundário:

**Medicamento Solicitado**

*Medicamento:	<input type="text" value="ATORVASTATINA 10MG"/>	*Qtde:	1º Mês: <input type="text" value="30"/>	2º Mês: <input type="text" value="60"/>	3º Mês: <input type="text" value="60"/>
---------------	---	--------	---	---	---

[+ Adicionar](#)

**Medicamentos**



# Na Prática - SISMEDEX - Adequação

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 x UNIDADE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

### Adequação Solicitação

Usuário	Dados Saúde	Dados Solicitante	Prescrição Médica	Validar
---------	-------------	-------------------	-------------------	---------

**Identificação**

Nome: USUARIO CAPACITAÇÃO MARÇO 2    CNS: 904.5183.0144.0002    CPF: 147.416.935-03    Situação: ATIVO

Código Internacional de Doenças

\*CID Principal:     CID Secundário:

**Medicamento Solicitado**

\*Medicamento:     \*Qtde:  1º Mês     2º Mês     3º Mês

[Adicionar](#)

**Medicamentos**

Código do Procedimento	Nome do Medicamento	Qtde Máxima	CID Principal	CID Secundário	Quantidades			Alterar
					Mês 1	Mês 2	Mês 3	
06.04.36.001.0	ATORVASTATINA 10MG COMP		E780		30	30	30	
06.04.36.002.9	ATORVASTATINA 20 MG COMP	124	E780		30	30	30	

# Na Prática - SISMEDEX - Adequação

**Adequação Solicitação**

<a href="#">Usuário</a>	<a href="#">Dados Saúde</a>	<a href="#">Dados Solicitante</a>	<a href="#">Prescrição Médica</a>	<b>Validar</b>
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	----------------

**Identificação**

**Nome:** USUARIO CAPACITAÇÃO MARÇO 2 **CNS:** 904.5183.0144.0002 **CPF:** 147.416.935-03 **Situação:** ATIVO

**Ocorrência**

**Documentos Gerais**

**Selecione os documentos obrigatórios apresentados**

- Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido
- Prescrição médica devidamente preenchida

**Documentos Específicos**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde Executante**

**CNES:** 2407400 **Nome:** 00 x UNIDADE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

**Gravar**

# Na Prática - SISMEDEX - Adequação

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF



Atendimento   Consulta   Avaliação Téc.   Autorização   Fluxo Estoque   Configuração   Administração   Produção APAC   Gerencial   Emitir Formulário   Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 x UNIDADE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

✓ A solicitação foi gravada e está aguardando Adequação Avaliação Central

**Pesquisar Usuário**

CNS:

CPF:

Nome:

 Preencha apenas um dos campos.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA  
CATARINA  
00 x UNIDADE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

1ª via - SES

Data de Emissão:  
19/03/2024 10:31  
Protocolo:  
304.24.000009-0

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Protocolo de Atendimento: Adequação

IDENTIFICAÇÃO DO USUARIO

Nome: USUARIO CAPACITAÇÃO MARÇO 2

CNS: 904.5183.0144.0002

Data Nasc.: 02/02/1951

Município:

CPF: 147.416.935-03

Nº Interno: 410.010/2

Nome Mãe: MARIA DIAF

SES  
485012-2

MEDICAMENTOS SOLICITADOS  
PRAVASTATINA 20 MG COMP

MÊS 1 MÊS 2 MÊS 3  
30 30 30

Encaminhamento: Adequação Avaliação Central  
Atendente: Andreia Rosa Borges

Requerente ou Responsável Legal  
Data: / /



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA  
CATARINA  
00 x UNIDADE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

2ª via - Usuário

Data de Emissão:  
19/03/2024 10:31  
Protocolo:  
304.24.000009-0

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Protocolo de Atendimento: Adequação

# Protocolo de Atendimento

- Imprimir as duas vias, uma fica com o usuário;
- Tipo de solicitação - **Adequação**;
- Assinatura do usuário ou responsável legal.



# Na Prática - SISMEDEX - Adequação

- Adequação em LME que sofreu AA:

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF:

### Pesquisar Solicitação

**Identificação**

Nome:                      CNS:                      CPF:                      Situação: ATIVO

Página 1 de 1

Exibir	Nº LME	LME Origem	Protocolo	Unidade	Medicamentos	Vigência	Situação	Ações
	15	14	054.23.082858-2	UNIAFAM	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400MCG CAP	11/07/2023-30/09/2023	Deferida	
	16	15	054.23.082858-2	UNIAFAM	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400MCG CAP	01/10/2023-31/12/2023	Deferida	
	17	16	054.24.086122-7	UNIAFAM	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400MCG CAP	15/02/2024-30/04/2024	Deferida	<a href="#">Adequação</a>
	18		054.24.086209-6	UNIAFAM	ATORVASTATINA 20 MG COMP	06/03/2024-31/05/2024	Deferida	<a href="#">Adequação</a>
	19	17	054.24.086122-7	UNIAFAM	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400MCG CAP	01/05/2024-31/07/2024	Deferida	<a href="#">Adequação</a>

# Na Prática - SISMEDEX - Adequação

- Adequação em LME que sofreu AA:

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF:

### Pesquisar Solicitação

**Identificação**

Nome:                      CNS:                      CPF:                      Situação: ATIVO

Página 1 de 1

Exibir	Nº LME	LME Origem	Protocolo	Unidade	Medicamentos	Vigência	Situação	Ações
	15	14	054.23.082858-2	UNIAFAM	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400MCG CAP	11/07/2023-30/09/2023	Deferida	
	16	15	054.23.082858-2	UNIAFAM	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400MCG CAP	01/10/2023-31/12/2023	Deferida	
	17	16	054.24.086122-7	UNIAFAM	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400MCG CAP	15/02/2024-30/04/2024	Deferida	<a href="#">Adequação</a>
	18		054.24.086209-6	UNIAFAM	ATORVASTATINA 20 MG COMP	06/03/2024-31/05/2024	Deferida	<a href="#">Adequação</a>
	19	17	054.24.086122-7	UNIAFAM	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400MCG CAP	01/05/2024-31/07/2024	Deferida	<a href="#">Adequação</a>

# Na Prática - SISMEDEX - Adequação

- Adequação em LME que sofreu AA:

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF:

### Pesquisar Solicitação

Identificação

Nome:                      CNS:                      CPF:                      Situação: ATIVO

Página 1 de 1

Exibir	Nº LME	LME Origem	Protocolo	Unidade	Medicamentos	Vigência	Situação	Ações
	15	14	054.23.082858-2	UNIAFAM	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400MCG CAP	11/07/2023-30/09/2023	Deferida	
	16	15	054.23.082858-2	UNIAFAM	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400MCG CAP	01/10/2023-31/12/2023	Deferida	
	17	16	054.24.086122-7	UNIAFAM	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400MCG CAP	15/02/2024-30/04/2024	Deferida	Adequação
	18		054.24.086209-6	UNIAFAM	ATORVASTATINA 20 MG COMP	06/03/2024-31/05/2024	Deferida	Adequação
	19	17	054.24.086122-7	UNIAFAM	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400MCG CAP	01/05/2024-31/07/2024	Deferida	Adequação

# Adequação

- **Importante:**

- Adequações **não podem ser Devolvidas** no momento da avaliação;
- Sempre que no momento da adequação, já houver ocorrido a **Autorização Automática**, a **modificação deverá ser realizada nos dois LME;**
- Algumas alterações de posologia (dose) devem ser autorizadas centralmente;
- Evitar adequar solicitações no último mês de vigência e **sempre dispensar o mês corrente antes de adequar.**

# Renovações

- Vigência 6 meses - **Portaria MS nº 13 de 6 de janeiro de 2020**
- Ação disponível no SISMEDEX **a partir do primeiro dia do último mês** de vigência;
- Realizada semestralmente para **continuidade do tratamento**;  
- ou trimestralmente em AA ou Autorização Manual
- **Aumentos de posologia e/ou trocas de medicamentos** para uma mesma patologia, poderão ser realizados na renovação;

# Renovações

- Após o término da vigência a renovação da solicitação fica disponível por 180 dias;
- Após a finalização dos 180 dias, a solicitação é encerrada automaticamente. Para retomada do tratamento encerrado, é necessário o cadastro de nova solicitação;
- Para **medicamentos que não estão em Autorização Automática, deve ser realizada Autorização Manual na 3ª competência, para gerar as 4ª, 5ª e 6ª competências**, utilizando os documentos já apresentados pelo usuário.

# Renovação

- Na renovação será possível **alterar a vigência**;
- **Documentação:** LME, receita e/ou notificação de receita e demais exames e/ou documentos conforme PCDT;

## **ATENÇÃO:**

As trocas de CID-10 não pode ser realizada por renovação!!!!  
Deve-se **encerrar o LME vigente e cadastrar novamente**  
com o novo CID-10.

# Renovação

- As abas **USUÁRIO**, **DADOS SAÚDE** e **DADOS SOLICITANTE** estarão abertas para edição;
- A aba **PRESCRIÇÃO MÉDICA** já estará preenchida, mas passível de edição para medicamentos e quantidades.

**Adequação Solicitação**

Usuário      Dados Saúde      Dados Solicitante      **Prescrição Médica**      Validar

**Identificação**  
Nome: USUARIO TESTE MAR 23    CNS: 243.3967.1075.0004    CPF:    Situação: ATIVO

**Código Internacional de Doenças**  
\*CID Principal: E780      CID Secundário:

**Medicamento Solicitado**

\*Medicamento:       \*Qtde:  1º Mês     2º Mês     3º Mês

 Adicionar

**Medicamentos**

Código do Procedimento	Nome do Medicamento	Qtde Máxima	CID Principal	CID Secundário	Quantidades			Alterar
					Mês 1	Mês 2	Mês 3	
06.04.36.001.0	ATORVASTATINA 10MG COMP		E780		30	30	30	
06.04.27.002.0	BEZAFIBRATO 400 MG DR		E780		30	30	30	

# Na Prática - SISMEDEX - Renovação

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Fluxo Estoque Administração Gerencial Sair

Usuário: Usuario Teste Atendimento

Usuário Teste Atendimento, seu último acesso ocorreu dia 22/06/2023 19:30:30

**Informações do Usuário**

Login: usuarioatendimento

Nome Operador: Usuario Teste Atendimento

Unidade de Assistência: 00 DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (DIAF)

Data/Hora: 22/06/2023 19:31

topo

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

**Pesquisar Usuário**

CNS:

CPF:

Nome: teste teste

Preencha apenas um dos campos.

Pesquisar Limpar Voltar

# Na Prática - SISMEDEX - Renovação

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento   Consulta   Avaliação Téc.   Autorização   Fluxo Estoque   Configuração   Administração   Produção APAC   Gerencial   Emitir Formulário   Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

### Pesquisar Usuário

CNS:

CPF: 739.879.864-41

Nome:

 Preencha apenas um dos campos.

Página 1 de 1

Exibir	Nome	Data de Nascimento	Nome da Mãe	CNS	CPF
	USUARIO TESTE JUN 23	01/01/1970	MARIA MARIA	236.3689.2102.0005	739.879.864-41

Página 1 de 1

# Na Prática - SISMEDEX - Renovação

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

### Pesquisar Solicitação

Identificação Consulta no mês de Junho

Nome: USUARIO TESTE JUN 23    CNS: 236.3689.2102.0005    CPF: 739.879.864-41    Situação: ATIVO

Página 1 de 1

Exibir	Nº LME	LME Origem	Protocolo	Unidade	Medicamentos	Vigência	Situação	Ações
	1		304.23.000019-0	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	CLOBETASOL 0,5 MG/G SOLUÇÃO CAPILAR FRCO 50 G CICLOSPORINA 50 MG CAP	27/06/2023-30/06/2023	Deferida	<a href="#">Adequação</a> <a href="#">Renovação</a>
	2			00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	INFLIXIMABE 10 MG/ML ORIGINADOR F.A. 10ML		Pendente	<a href="#">Retorno</a>

Página 1 de 1

[Incluir Solicitação](#) [Consultar Histórico](#) [Voltar](#)

topo

# Na Prática - SISMEDEX - Renovação

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

## Pesquisar Solicitação

**Identificação**

Nome: USUARIO TESTE JUN 23    CNS: 236.3689.2102.0005    CPF: 739.879.864-41    Situação: ATIVO

Página 1 de 1

Consulta no mês de Julho

Exibir	Nº LME	LME Origem	Protocolo	Unidade	Medicamentos	Vigência	Situação	Ações
	1		304.23.000019-0	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	CLOBETASOL 0,5 MG/G SOLUÇÃO CAPILAR FRCO 50 G CICLOSPORINA 50 MG CAP	27/06/2023-30/06/2023	Deferida	<a href="#">Renovação</a>
	2			00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	INFLIXIMABE 10 MG/ML ORIGINADOR F.A. 10ML		Pendente	<a href="#">Retorno</a>
	3	1	304.23.000021-1	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	METOTREXATO 2,5MG COMP CICLOSPORINA 50 MG CAP		Encerrada	

Página 1 de 1

[Incluir Solicitação](#)   [Consultar Histórico](#)   [Voltar](#)

# Na Prática - SISMEDEX - Renovação

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF



Atendimento

Consulta

Avaliação Téc.

Autorização

Fluxo Estoque

Configuração

Administração

Produção APAC

Gerencial

Emitir Formulário

Sair



Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

## Renovar Solicitação

Usuário	Dados Saúde	Dados Solicitante	Prescrição Médica	Validar					
<b>Identificação</b>									
Nome: USUARIO TESTE JUN 23    CNS: 236.3689.2102.0005    CPF: 739.879.864-41    Situação: ATIVO									
<b>Código Internacional de Doenças</b>									
*CID Principal: <input type="text" value="L400"/> CID Secundário: <input type="text"/>									
<b>Medicamento Solicitado</b>									
*Medicamento: <input type="text" value="METOTREXATO 2,5MG COMP"/> *Qtde: <input type="text" value="30"/> <input type="text" value="30"/> <input type="text" value="30"/>									
1º Mês    2º Mês    3º Mês									
<a href="#">Adicionar</a>									
<b>Medicamentos</b>									
Código do Procedimento	Nome do Medicamento	Qtde Máxima	CID Principal	CID Secundário	Quantidades			Alterar	Excluir
					Mês 1	Mês 2	Mês 3		
06.04.34.003.6	CICLOSPORINA 50 MG CAP		L400		30	0	0		
06.04.71.002.0	CLOBETASOL 0,5 MG/G SOLUÇÃO CAPILAR FRCO 50 G		L400		1	0	0		
<input type="button" value="Desistir"/>									
(*) Campo de preenchimento obrigatório.									

Renovação com Troca de Ciclosporina e Clobetasol por Metotrexato:

# Na Prática - SISMEDEX - Renovação

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF



Atendimento

Consulta

Avaliação Téc.

Autorização

Fluxo Estoque

Configuração

Administração

Produção APAC

Gerencial

Emitir Formulário

Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

## Renovar Solicitação

Usuário

Dados Saúde

Dados Solicitante

Prescrição Médica

Validar

### Identificação

Nome: USUARIO TESTE JUN 23 CNS: 236.3689.2102.0005 CPF: 739.879.864-41 Situação: ATIVO

### Código Internacional de Doenças

\*CID Principal: L400

CID Secundário:

### Medicamento Solicitado

\*Medicamento:

\*Qtde:

1º Mês 2º Mês 3º Mês

Incluir o novo medicamento: Metotrexato

 Adicionar

### Medicamentos

Código do Procedimento	Nome do Medicamento	Qtde Máxima	CID Principal	CID Secundário	Quantidades			Alterar	Excluir
					Mês 1	Mês 2	Mês 3		
06.04.34.003.6	CICLOSPORINA 50 MG CAP		L400		30	0	0		
06.04.71.002.0	CLOBETASOL 0,5 MG/G SOLUÇÃO CAPILAR FRCO 50 G		L400		1	0	0		
06.04.53.002.1	METOTREXATO 2,5MG COMP	50	L400		30	30	30		

Desistir

(\*) Campo de preenchimento obrigatório.

# Na Prática - SISMEDEX - Renovação

Componente  
Especializado da Assistência  
Farmacêutica - CEAF



Atendimento    Consulta    Avaliação Téc.    Autorização    Fluxo Estoque    Configuração    Administração    Produção APAC    Gerencial    Emitir Formulário    Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

## Renovar Solicitação

Usuário	Dados Saúde	Dados Solicitante	Prescrição Médica	Validar					
<b>Identificação</b>									
Nome: USUARIO TESTE JUN 23    CNS: 236,3689.2102.0005    CPF: 739.879.864-41    Situação: ATIVO									
<b>Código Internacional de Doenças</b>									
*CID Principal: L400    CID Secundário: <input type="text"/>									
<b>Medicamento Solicitado</b>									
*Medicamento: <input type="text"/> *Qtde: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1º Mês    2º Mês    3º Mês									
<b>Excluir os antigos medicamentos:</b>									
<input type="button" value="Adicionar"/>									
<b>Medicamentos</b>									
Código do Procedimento	Nome do Medicamento	Qtde Máxima	CID Principal	CID Secundário	Quantidades			Alterar	Excluir
					Mês 1	Mês 2	Mês 3		
06.04.53.002.1	METOTREXATO 2,5MG COMP	50	L400		30	30	30		
<input type="button" value="Desistir"/>									
(*) Campo de preenchimento obrigatório.									

# Na Prática - SISMEDEX - Renovação

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

**⚠ Obrigatório ao menos uma patologia da solicitação a ser renovada.**

### Renovar Solicitação

[Usuário](#) [Dados Saúde](#) [Dados Solicitante](#) [Prescrição Médica](#) [Validar](#)

**Identificação**

Nome: USUARIO TESTE JUN 23 CNS: 236.3689.2102.0005 CPF: 739.879.864-41 Situação: ATIVO

**Código Internacional de Doenças**

\*CID Principal:  CID Secundário:

**Medicamento Solicitado**

\*Medicamento:  \*Qtde:    1º Mês 2º Mês 3º Mês

[+ Adicionar](#)

**Medicamentos**

Código do Procedimento	Nome do Medicamento	Qtde Máxima	CID Principal	CID Secundário	Quantidades			Alterar	Excluir
					Mês 1	Mês 2	Mês 3		
06.04.53.002.1	METOTREXATO 2,5MG COMP	50	L400		30	30	30		

(\*) Campo de preenchimento obrigatório.

# Na Prática - SISMEDEX - Renovação

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento   Consulta   Avaliação Téc.   Autorização   Fluxo Estoque   Configuração   Administração   Produção APAC   Gerencial   Emitir Formulário   Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

### Renovar Solicitação

[Usuário](#)   [Dados Saúde](#)   [Dados Solicitante](#)   [Prescrição Médica](#)   [Validar](#)

**Identificação**

Nome: USUARIO TESTE JUN 23   CNS: 236.3689.2102.0005   CPF: 739.879.864-41   Situação: ATIVO

**Código Internacional de Doenças**

\*CID Principal:    CID Secundário:

**Medicamento Solicitado**

\*Medicamento:    \*Qtde:    1º Mês   2º Mês   3º Mês

[Adicionar](#)

**Medicamentos**

Código do Procedimento	Nome do Medicamento	Qtde Máxima	CID Principal	CID Secundário	Quantidades			Alterar	Excluir
					Mês 1	Mês 2	Mês 3		
06.04.53.002.1	METOTREXATO 2,5MG COMP	50	L400		30	30	30		
06.04.34.003.6	CICLOSPORINA 50 MG CAP	496	L400		1	0	0		

(\*) Campo de preenchimento obrigatório.



# Na Prática - SISMEDEX - Após Período de Renovação

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)

### Pesquisar Solicitação

**Identificação**

Nome: USUARIO TESTE JUN 23    CNS: 236.3689.2102.0005    CPF: 739.879.864-41    Situação: ATIVO

Página 1 de 1

Exibir	Nº LME	LME Origem	Protocolo	Unidade	Medicamentos	Vigência	Situação	Ações
	1		304.23.000019-0	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	CLOBETASOL 0,5 MG/G SOLUÇÃO CAPILAR FRCO 50 G CICLOSPORINA 50 MG CAP	01/10/2022 - 31/12/2022	Deferida	
	2			00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	INFLIXIMABE 10 MG/ML ORIGINADOR F.A. 10ML		Pendente	
	3	1	304.23.000021-1	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	METOTREXATO 2,5MG COMP CICLOSPORINA 50 MG CAP		Encerrada	

Página 1 de 1

# Avaliação Central

- **É realizada pelo corpo de analistas técnicos da DIAF;**
- É necessária para **Novas Solicitações e Novos Medicamentos;**
- Análise técnica e documental e é realizada conforme PCDT das patologias e medicamento solicitado;
- **São avaliados:**
  - a presença e preenchimento correto dos documentos necessários;
  - o(s) critério(s) de inclusão(ões), critério(s) de exclusão(ões), resultados de exames, dose, associações permitidas, posologia e quantidade máxima permitida.

# Avaliação Central

- **Análise dos processos de solicitação do paciente - SGPe:**
  - Avaliação dos documentos anexados;
  - Avaliação dos anexos obrigatórios segundo PCDTs e outras regras instituídas.
- **Avaliação no SISMEDEX:**
  - Consulta do paciente;
  - Avaliação ou encaminhamento às Comissões (posterior inclusão no SISMEDEX);
- **Autorização.**

# Avaliação Central

## - Pareceres da Avaliação Técnica:

### Processo Deferido

- Medicamento encaminhado para a UAF conforme o mapa de programação;
- Usuário ou responsável retira o medicamento mensalmente;
- Processo deverá ser renovado semestralmente.

### Processo Devolvido

- Processo é devolvido para o local de origem para adequação;
- Pode ser reapresentado a qualquer momento com a devida correção.

### Processo Indeferido

- Usuário não atende aos critérios de inclusão, ou apresenta critérios de exclusão;
- Processo é encaminhado para o local de origem;
- Pode ser reapresentado a qualquer momento com novas informações ou exames.

# Como Acessar os Pareceres no SISMEDEX

## Avaliação Técnica e Autorização

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento **Consulta** Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (DIAF)

### Pesquisar Solicitação

Identificação

Nome: USUARIO TESTE JUN 23    CNS: 236.3689.2102.0005    CPF: 739.879.864-41    Situação: ATIVO

Página 1 de 1

Exibir	Nº LME	LME Origem	Protocolo	Unidade	Medicamentos	Vigência	Situação	Form. Renovação
	3	1	304.23.000021-1	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	METOTREXATO 2,5MG COMP		Encerrada	-
	2			00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	CICLOSPORINA 50 MG CAP		Pendente	-
	1		304.23.000019-0	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	INFLIXIMABE 10 MG/ML ORIGINADOR F.A. 10ML CLOBETASOL 0,5 MG/G SOLUÇÃO CAPILAR FRCO 50 G CICLOSPORINA 50 MG CAP	27/06/2023-30/06/2023	Deferida	

Página 1 de 1

[Voltar](#)

# Como Acessar os Pareceres no SISMEDEX

## Avaliação Técnica e Autorização

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (DIAP)

### Consultar Solicitação

[Usuário](#) [Dados Saúde](#) [Dados Solicitante](#) **Prescrição Médica**

**Identificação**  
Nome: USUARIO TESTE JUN 23 CNS: 236.3689.2102.0005 CPF: 739.879.864-41 Situação: ATIVO

**Medicamentos**

Mês	Cód. Proced.	Dados da Prescrição				Dados da Dispensação			
		Medicamento	CID 1	CID 2	Qtde	Cód. Proced.	Medicamento	Qtde Disp.	Data Disp.
1	0604340036	CICLOSPORINA 50 MG CAP	L400		30	-	-	-	-
	0604710020	CLOBETASOL 0,5 MG/G SOLUÇÃO CAPILAR FRCO 50 G	L400		1	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-	-

[Listar todas observações](#)

**Observação da Dispensação**

**Observação da Receita**

**Dados da Apac**  
Número da Apac: 4223201603852 Início Validade 27/06/2023

[Listar Avaliação](#) [Listar Autorização](#) [Dados de Saúde](#) [Histórico de Solicitações](#)

[Voltar](#)

# Como Acessar os Pareceres no SISMEDEX

## Devolução

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento | Consulta | Avaliação Téc. | Autorização | Fluxo Estoque | Configuração | Administração | Produção APAC | Gerencial | Emitir Formulário | Sair

Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (DIAF)

Atendimento / LME

Dispensação

Manter Endereço Usuário

Encaminhamento de Processos

**Segunda Via**

Monitoramento

Nome:

APAC:

*Preencha apenas um dos campos.*

Pesquisar Limpar Voltar

# Como Acessar os Pareceres no SISMEDEX

## Devolução

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Configuração Administração Produção APAC Gerencial Emitir Formulário Sair

Atendimento > Segunda Via Usuário: Andreia Rosa Borges UAF: 00 DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (DIAF)

**Imprimir Segunda Via**

**Identificação**

Nome: USUARIO TESTE JUN 23    CNS: 236.3689.2102.0005    CPF: 739.879.864-41

Nº LME	LME Origem	Nº Protocolo	Unidade	Medicamentos	Vigência	Protocolo de Atendimento	Parecer da Avaliação	Parecer da Autorização	Recibo Dispensacao	Declaração de Comparecimento	Termo de Devolução
3	1	304230000211	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	METOTREXATO 2,5MG; CICLOSPORINA 50 MG ;	-						
2	-	-	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	INFLIXIMABE 10 MG/ML ORIGINADOR;	-						
1	-	304230000190	00 xUNIDADE DE TESTE DIAF (USO EXCLUSIVO DA DIAF)	CLOBETASOL 0,5 MG/G SOLUÇÃO CAPILAR; CICLOSPORINA 50 MG ;	27/06/2023 - 30/06/2023						

[Voltar](#)

# Reavaliação Central

- Alguns medicamentos precisam passar por Reavaliação Central;
- Verificar na **Planilha de Informações do CEAF** , quais são eles:  
**Link do Drive:** [https://docs.google.com/spreadsheets/d/1pQA0RIK-wq9ynLHEln0Wd6\\_018pLm\\_8w/edit?usp=sharing&oid=109093268444094590452&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/spreadsheets/d/1pQA0RIK-wq9ynLHEln0Wd6_018pLm_8w/edit?usp=sharing&oid=109093268444094590452&rtpof=true&sd=true)
- O ideal é aproveitar a Renovação para encaminhamento para Reavaliação, **solicitando que o usuário apresente os documentos necessários pelo menos 30 dias antes da data final da vigência.**

# Informações sobre os Medicamentos do CEAF

## Planilha com Informações do CEAF:

MUDANÇA DE POSOLOGIA/ADEQUAÇÃO							
PATOLOGIA	MEDICAMENTO	ESPECIALISTA PARA SOLICITAÇÃO	AUMENTO	REDUÇÃO	DOCUMENTAÇÃO	JUSTIFICATIVA	ESPECIALISTA
Acne (CID-10: L700, L701, L708)	Isotretinoína 10 e 20 mg	Sem exigência de especialidade	DIAF	DIAF	LME + Notificação de Receita Retinóides + Receita/ Prescrição Médica (Esquema de Tratamento - datado) + Termo de Conhecimentos de Risco e Consentimento Pós-Infomação + Formulário Médico + Exames  Retratamento após 2 meses (Nova Solicitação): LME + Notificação de Receita Retinóides + Receita/ Prescrição Médica (Esquema de Tratamento - datado) + Termo de Responsabilidade + Termo de Conhecimentos de Risco e Consentimento Pós-Infomação + Formulário Médico + Exames	LME: na evolução clínica (campo 11 anamnese)	Sem ex
Acromegalia (CID-10: E22.0)	Octreolida 10, 20 e 30 mg	Neurocirurgião, Endocrinologista e Neuroendocrinologista	DIAF	Unidade	LME + receita + Relato de evolução clínica + IGF-1 e GH	LME: na evolução clínica (campo 11 anamnese)	Neurocirurgião End
	Lanreolida 60, 90 e 120 mg						
Anemia Hemolítica Autoimune (CID-10: D59.0 e D59.1)	Cabergolina 0.5 mg	Hematologista	DIAF	Unidade	LME + receita + peso atualizado	LME: na evolução clínica (campo 11 anamnese)	
	Ciclofosfamida 50 mg						
	Ciclosporina 25, 50 e 100 mg						
Anemia na DRC (CID-10: N18.0, N18.8)	Ciclosporina 100 mg/ml	Nefrologista	DIAF	DIAF	LME + receita + Hb + ferritina + IST + relato médico do tratamento atual (conservador, diálise peritoneal ou hemodiálise)	LME: na evolução clínica (campo 11 anamnese)	
	Imunoglobulina Humana 2.5 e 5 mg						
	Alfaespetina 2.000, 3.000, 4.000 e 10.000 UI						
	Sacarato Hidróxido Férrico 20				LME + receita + ferritina + IST + relato médico do tratamento atual (conservador,		

Link do Drive: [https://docs.google.com/spreadsheets/d/1pQA0RIK-wq9ynLHEln0Wd6\\_018pLm\\_8w/edit?usp=sharing&oid=109093268444094590452&rtfpof=true&sd=true](https://docs.google.com/spreadsheets/d/1pQA0RIK-wq9ynLHEln0Wd6_018pLm_8w/edit?usp=sharing&oid=109093268444094590452&rtfpof=true&sd=true)

# Após a Avaliação Central

## - **Autorização:**

- Ato que **aprova, ou não, o procedimento** referente a solicitação ou renovação avaliada;
- Determina a **vigência** - validade da solicitação;
- **Gera o número de APAC** do procedimento.

# Fluxo de Solicitações do CEAF

## **Paciente ou Responsável Legal portando os documentos necessários**

(documentos pessoais, prescrição médica, LME, Termo de Esclarecimento e Responsabilidade, Formulários Médicos e exames que comprovem a patologia)



## **UAF do CEAF do Município**

conferência dos documentos e cadastramento no SISMEDEX e SGPe



## **Processos enviados para DIAF**

são avaliados segundo os critérios estabelecidos nos PCDT do MS e podem ser devolvidos ou deferidos/indeferidos e autorizados.

# Contatos

## Núcleo SISMEDEX:

[sismedex@saude.sc.gov.br](mailto:sismedex@saude.sc.gov.br)

(48) 3665-4506



## Documentos referentes ao SISMEDEX estão disponíveis em:

[www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br) > Assistência Farmacêutica - DIAF > **Núcleo do Sistema de Gerenciamento do CEAF**

