



|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
|  | <p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL<br/>PADRÃO</b></p> <p align="center"><b>- CEAF – Componente Especializado da<br/>Assistência Farmacêutica –<br/>N.º 010</b></p> |  |  |
| <b>Elaborado por:</b> Rogério Fracalossi  | <b>Aprovado por:</b>  |  | <b>Atualizado em:</b>   |
| <b>Revisado por:</b> Helielza R. Mesquita   |   |  | 2025  |

**1. TÍTULO: CADASTRO DE PACIENTES PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PERTENCENTES AO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – C.E.A.F, MEDICAMENTOS PERTENCENTES AO COMPONENTE ESTRATÉGICO E MEDICAMENTOS PARA HEPATITES VIRAIS.**

**2. OBJETIVOS:** Padronizar cadastro de pacientes, a fim de garantir um bom atendimento e esclarecimento de dúvidas aos pacientes que fazem uso de medicamentos fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

### **3. DEFINIÇÃO:**

#### **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)**

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), regulamentado pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXVIII, Título IV, Capítulos I, II, III e IV e Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, Título V, capítulo II., é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS. Seu objetivo majoritário é a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em todas as fases evolutivas das doenças contempladas, em nível ambulatorial.

As linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de estabelecer os critérios de diagnóstico de cada doença, de inclusão e exclusão ao tratamento, os medicamentos e esquemas terapêuticos, bem como mecanismos de monitoramento e avaliação.

Os medicamentos do CEAF estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas.

O Grupo 1 é aquele cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde. Engloba os medicamentos indicados para doenças com tratamento de maior complexidade; para os casos de refratariedade ou intolerância à primeira e/ou à segunda linha de tratamento; medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente e aqueles incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. O Grupo 1 subdivide-se em Grupo 1A - medicamentos com aquisição centralizada pelo MS e Grupo 1B - medicamentos adquiridos pelos Estados, porém com transferência de recursos financeiros advindos do MS. A responsabilidade pelo armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos é das Secretarias Estaduais de Saúde, devendo ser dispensados somente para as doenças (CID-10) contempladas nas portarias relacionadas ao CEAF.

O Grupo 2 é constituído por medicamentos destinados a doenças com tratamento de menor complexidade em relação aos elencados no Grupo 1 e aos casos de refratariedade ou intolerância à primeira linha de tratamento. A responsabilidade pelo financiamento, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação é das Secretarias Estaduais de Saúde.

Os medicamentos dos Grupos 1 e 2 também poderão ser dispensados ao usuário através das Secretarias Municipais de Saúde, de acordo com pactuação na CIB (Comissão Intergestores Bipartite).

O Grupo 3 é formado por medicamentos constantes no Componente Básico da Assistência Farmacêutica e indicados pelos PCDT, como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas no CEAF. A responsabilidade pelo financiamento é tripartite, sendo a aquisição, o armazenamento e a distribuição realizadas de acordo com a pactuação da Comissão Intergestores Bipartite de cada unidade federada. A dispensação deve ser executada pelas Secretarias Municipais de Saúde.

Os recursos financeiros advindos do Ministério da Saúde são repassados mensalmente aos Estados e Distrito Federal, responsáveis pela programação, aquisição, distribuição e dispensação destes medicamentos aos usuários cadastrados, de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde ou pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

### **Medicamentos estratégicos**

O Ministério da Saúde considera estratégicos todos os medicamentos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico e que tenham impacto socioeconômico. Esses medicamentos são gerenciados e disponibilizados aos usuários portadores de doenças que configuram problemas de saúde pública através de Programas Estratégicos, que seguem protocolos e normas específicas.

Os medicamentos e imunobiológicos contemplados neste Componente são adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos estados. Abrangem os seguintes programas: DST/AIDS (Antiretrovirais); endemias focais (malária, leishmaniose, doença de chagas e outras doenças endêmicas); hanseníase; tuberculose; talidomida para lúpus eritematoso sistêmico, doença do enxerto x hospedeiro e mieloma múltiplo; doenças hematológicas e hemoderivados; influenza e os medicamentos e insumos para o controle do tabagismo.

Quanto à sua operacionalização no Estado do Paraná, o Centro de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR) recebe, armazena e distribui os medicamentos estratégicos e imunobiológicos (soros e vacinas) às 22 Regionais de Saúde, que os enviam aos municípios de sua área de abrangência, cabendo a estes a dispensação aos usuários.

### **Medicamentos para Hepatites Virais**

No Brasil, as hepatites virais mais comuns são causadas pelos vírus A, B e C. Existem ainda, com menor frequência, o vírus da hepatite D (mais comum na região Norte do país) e o vírus da hepatite E, que é menos frequente no Brasil, sendo encontrado com maior facilidade na África e na Ásia. As infecções causadas pelos vírus das hepatites B ou C frequentemente se tornam crônicas. Contudo, por nem sempre apresentarem sintomas, grande parte das pessoas desconhecem ter a infecção. Isso faz com que a doença possa evoluir por décadas sem o devido diagnóstico. O avanço da infecção compromete o fígado sendo causa de fibrose avançada ou de cirrose, que podem levar ao desenvolvimento de câncer e necessidade de transplante do órgão.

Todas as pessoas com infecção pelo vírus da hepatite podem receber o tratamento pelo SUS. O médico, tanto da rede pública quanto suplementar, poderá prescrever o tratamento seguindo as orientações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de acordo com a Hepatite diagnosticada. Pacientes em fase inicial da infecção podem ser tratados nas unidades básicas de saúde, sem a necessidade de consulta na rede especializada para dar início ao tratamento.

#### **4. PROCEDIMENTO:**

##### **4.1 PACIENTES NÃO CADASTRADOS**

Os medicamentos do componente especializado estão descentralizados, ou seja toda a parte de dispensação e cadastro dos pacientes do município são feitos na farmácia básica municipal e não mais na farmácia da 3ªRS.

Os pacientes que procuram a Farmácia Básica Municipal para iniciar o processo dos medicamentos especializados, deverão receber todas as orientações para conseguir ter acesso ao medicamento.

4.1.1. Primeiramente verificar se o medicamento que o paciente procura, se ele é disponibilizado pelo componente especializado.

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

| Atendimento    | Consulta                      | Avaliação Técnica | Autorização | Fluxo Estoque |
|----------------|-------------------------------|-------------------|-------------|---------------|
| Seja bem vindo | Usuário/LME                   |                   |             |               |
|                | Consultar Usuário Dispensação |                   |             |               |
|                | Ficha Técnica                 |                   |             |               |
|                | Documentos/Exames             |                   |             |               |
|                | Referências                   |                   |             |               |
|                | Consultar Local Avaliação     |                   |             |               |

ROGERIO

(Conforme figura acima, acesse a opção [Consulta](#) [Consultar Local Avaliação](#).)

| Atendimento   | Consulta | Avaliação Técnica | Autorização | Fluxo Estoque | Processo Judicial | Admi |
|---|----------|-------------------|-------------|---------------|-------------------|------|
| Consulta > Consultar Local Avaliação  |          |                   |             |               |                   |      |
| <b>Consulta Documentos Necessários</b>  |          |                   |             |               |                   |      |
| Unidade de Assistência: FE 03 PM Jaguariava<br>CID:<br>Fármaco:<br><input type="button" value="Pesquisar"/> |          |                   |             |               |                   |      |
| (*) Campo de preenchimento obrigatório.   |          |                   |             |               |                   |      |

(Próxima tela, você deverá escolher CID ou Fármaco, aparecendo assim o resultado da pesquisa.)

4.1.2. Poderá investigar junto ao paciente qual o problema de saúde que possui e ver se o Cid de sua doença se enquadra, caso se enquadre, verificar no sistema quais os documentos e exames são necessários.

| Atendimento          | Consulta                      | Avaliação Técnica | Autorização |
|----------------------|-------------------------------|-------------------|-------------|
| Consulta > Consultar | Usuário/LME                   |                   |             |
| <b>Consulta Docu</b> | Consultar Usuário Dispensação |                   |             |
|                      | Ficha Técnica                 |                   |             |
|                      | Documentos/Exames             |                   |             |
|                      | Referências                   |                   |             |
|                      | Consultar Local Avaliação     |                   |             |
| Unidade de Ass       |                               | Fármaco:          |             |

(Sabendo o CID correto, acesse a opção, consulta [Documentos/Exames](#).)

| Atendimento   | Consulta | Avaliação Técnica | Autorização |
|---|----------|-------------------|-------------|
| Consulta > Documentos/Exames  |          |                   |             |
| <b>Consulta Documentos Necessários</b>  |          |                   |             |
| <p>* CID: <input type="text" value="J450"/></p> <p>* Tipo de Processo: <input type="radio"/> Nova Solicitação<br/> <input type="radio"/> Renovação<br/> <input type="radio"/> Adequação<br/> <input type="radio"/> Todos os Processos</p> |          |                   |             |

(Insira o CID, selecione a opção desejada, nesse caso Nova Solicitação)

| Atendimento  | Consulta | Avaliação Técnica | Autorização | Fluxo Estoque | Processo Judicial | Admin                                    |
|--|----------|-------------------|-------------|---------------|-------------------|--|
| Consulta > Documentos/Exames   |          |                   |             |               |                   |  |
| <b>Consulta Documentos Necessários</b>   |          |                   |             |               |                   |  |
| <p>Selecione os medicamentos dos quais serão listados os documentos:</p> <p><input type="checkbox"/> BUDESONIDA 200 MCG CÁPSULA - Procedimento: 06.04.28.006.8</p> <p><input type="checkbox"/> FENOTEROL 100 MCG FRASCO 200 DOSES - Procedimento: 06.04.04.001.6</p> <p><input type="checkbox"/> FORMOTEROL 12 MCG CAP INALANTE FRCO CÁPSULA - Procedimento: 06.04.04.002.4</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400 MCG CAP INALANTE CÁPSULA 60 DOSES - Procedimento: 06.04.04.004.0</p> <p><input type="checkbox"/> FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400MCG PÓ INALANTE FRASCO 60 DOSES - Procedimento: 06.04.04.005.9</p> <p><input type="checkbox"/> FORMOTEROL 6 MCG+ BUDESONIDA 200 MCG 120 DOSES FRASCO SPRAY - Procedimento: 41.01.00.015.7</p> <p><input type="checkbox"/> FORMOTEROL 6 MCG+ BUDESONIDA 200 MCG PÓ INALANTE FRASCO 60 DOSES - Procedimento: 06.04.04.006.7</p> <p><input type="checkbox"/> FORMOTEROL 6MCG+BUDESONIDA 200MCG CAP INALANTE CÁPSULA 60 DOSES - Procedimento: 06.04.04.007.5</p> <p><input type="checkbox"/> MEPOLIZUMABE 100 MG FRASCO AMPOLA - Procedimento: 06.04.84.002.0</p> <p><input type="checkbox"/> OMALIZUMABE 150 MG FRASCO AMPOLA - Procedimento: 06.04.84.001.2</p> |          |                   |             |               |                   |  |
|  |          |                   |             |               |                   | <input type="button" value="Pesquisar"/> |

(Selecione o medicamento desejado e clique em Pesquisar)

| Atendimento   | Consulta | Avaliação Técnica | Autorização | Fluxo Estoque | Processo Judicial | Administração | Gerencial | Produção APAC | Programação e | Sair  |                    |
|---|----------|-------------------|-------------|---------------|-------------------|---------------|-----------|---------------|---------------|---|--------------------|
| Consulta > Documentos/Exames  |          |                   |             |               |                   |               |           |               |               |   |                    |
| Usuário: ROGERIO FRACALOSSI UAF: FE 03 PM Jaguaré   |          |                   |             |               |                   |               |           |               |               |   |                    |
| <b>Documentos Necessários - Nova Solicitação</b>  |          |                   |             |               |                   |               |           |               |               |   |                    |
| <p><b>Documentos Gerais necessários</b></p> <p>1. Cópia de Documento de Identidade ou da Certidão de Nascimento</p> <p>2. Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)</p> <p>3. Cópia do comprovante de residência</p> <p>4. Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido (validade de 3 meses)</p> <p>5. Prescrição médica devidamente preenchida</p> |          |                   |             |               |                   |               |           |               |               | <p>Link Modelo</p>                            |                    |
| Exames necessários para o CID: J450   |          |                   |             |               |                   |               |           |               |               |   |                    |
| <p><b>FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400 MCG CAP INALANTE CÁPSULA 60 DOSES</b></p> <p>1. LME totalmente preenchida, incluindo descrição de sinais e sintomas compatíveis com o diagnóstico da asma e declaração de exclusão de outras causas de dispnéia, sibilância ou tosse recorrente. Informar medicamentos já utilizados.</p> <p>2. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade do PCDT de Asma</p>  |          |                   |             |               |                   |               |           |               |               | <p>Validade</p> <p>3 meses</p> <p>3 meses</p> | <p>Link Modelo</p> |
| <input type="button" value="Imprimir"/> <input type="button" value="Voltar"/>   |          |                   |             |               |                   |               |           |               |               |   |                    |

(Imprima todos os documentos necessários para que o paciente possa dar andamento em sua solicitação)

O paciente deverá trazer, os laudos com todos os campos preenchidos, o laudo e formulário do Termo de Esclarecimento e Responsabilidade deverá ser assinado e carimbado pelo médico solicitante.

Orientar o paciente de modo que o mesmo entenda perfeitamente o que deve ser feito, afim de evitar transtornos para o paciente resultando em um processo mais célere.

Após Apresentar todos os documentos e fazer as devidas orientações o paciente pode ser cadastrado.

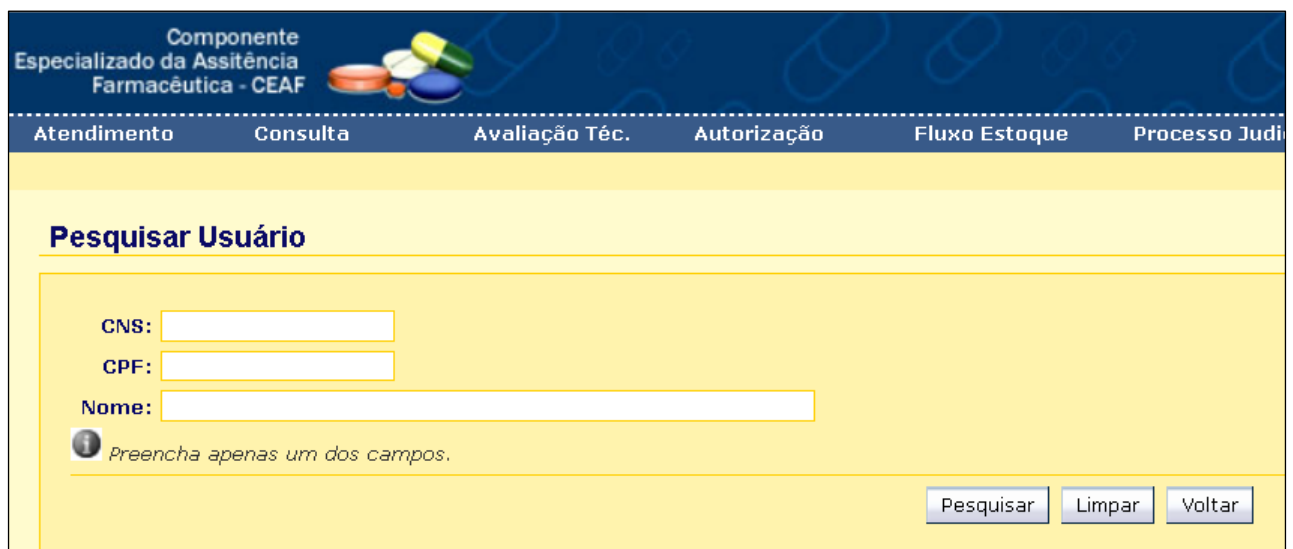
## 4.2 CADASTRAMENTO DE PACIENTES

Usar de preferencia o navegador MOZZILLA no endereço [https://www.sismedex.parana.pr.gov.br/cmde\\_pr/entrada.do?action=carregarLogin&SENTINELA=SENTINELA\\_REQUEST\\_LOGOFF](https://www.sismedex.parana.pr.gov.br/cmde_pr/entrada.do?action=carregarLogin&SENTINELA=SENTINELA_REQUEST_LOGOFF).

Efetuar o login na página usando seu usuário e senha

Clicar em Atendimento e após abrir opções clicar em Cadastro usuário/LME.

Vai abrir a página abaixo:



Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF


Atendimento Consulta Avaliação Téc. Autorização Fluxo Estoque Processo Judi

### Pesquisar Usuário

CNS:

CPF:

Nome:

 Preencha apenas um dos campos.

Preencher apenas um dos 3 campos, neste caso usamos como exemplo o campo Nome, clicar em Pesquisar. Solicitar a Carteira de Identidade para ter a certeza do nome correto.

Obs.: CNS é Cartão Nacional de Saúde e CPF é Cadastro de Pessoa Física.

Caso o paciente já tenha cadastro por retirada de outro medicamento vai aparecer a tela abaixo. Confira os demais dados. Você pode clicar no ícone de exibir e pode ser conferido outros dados.

**Pesquisar Usuário**

CNS:   
CPF:   
Nome: pedro alvares cabral

Preencha apenas um dos campos.

Página 1 de 1

| Exibir | Nome                 | Data de Nascimento | Nome da Mãe | CNS             | CPF          |
|--------|----------------------|--------------------|-------------|-----------------|--------------|
|        | PEDRO ALVARES CABRAL | 26/04/1500         | ANA CABRAL  | 123456789012345 | 111222333-44 |

Página 1 de 1

Caso não seja o mesmo paciente clicar em Novo Usuário e ir para o item .

**Pesquisar Solicitação**

**Identificação**  
Nome: PEDRO ALVARES CABRAL    CNS: 123456789012345    CPF: 111222333-44    Situação: ATIVO

Página 1 de 1

| Exibir | Nº LME | LME Origem | Protocolo       | Unidade            | Medicamentos          | Vigência | Situação   | Ações |
|--------|--------|------------|-----------------|--------------------|-----------------------|----------|------------|-------|
|        | 1      |            | 003.13.030979-7 | FE 03 Ponta Grossa | RISPERIDONA 1 MG COMP |          | Indeferida |       |

Página 1 de 1

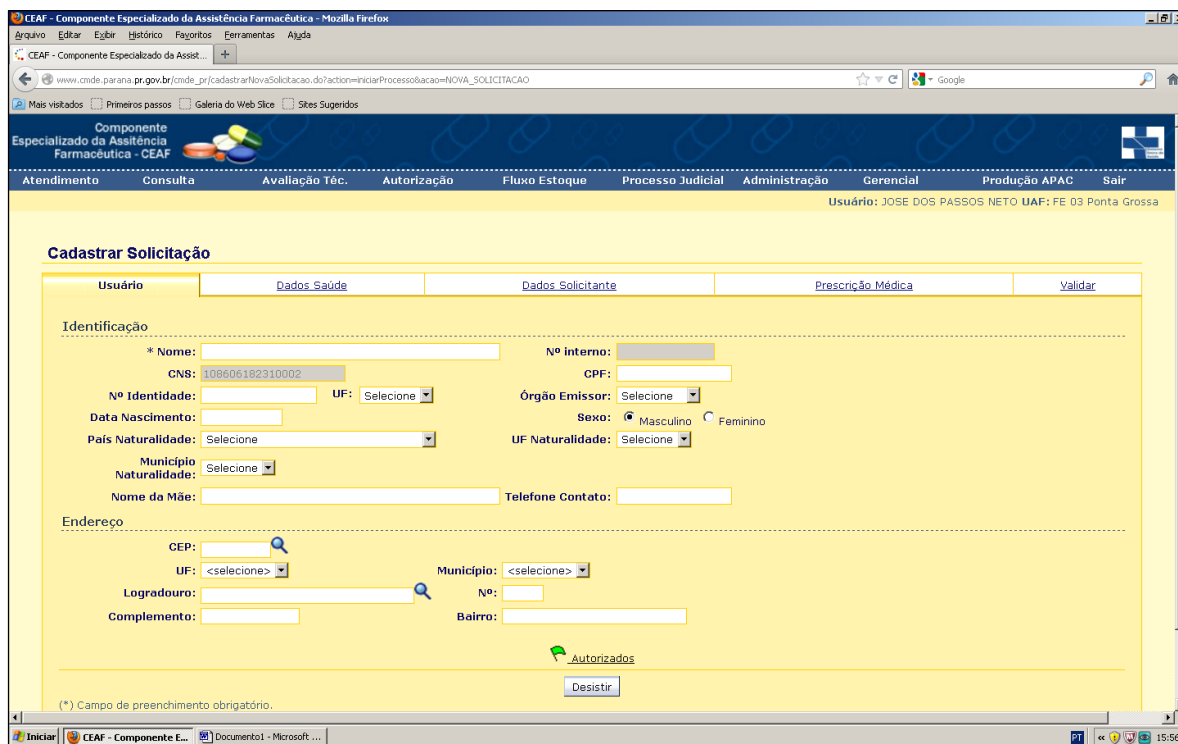
Se o medicamento cadastrado não faz parte da solicitação que está realizando, clicar em Incluir Solicitação.

Vai aparecer todos os dados do paciente como se fosse um paciente novo. Confira os dados. Se houver alguma discordância com os dados que você possui em mãos só substitua se tiver certeza que é o mesmo paciente.

Caso o paciente não tenha cadastro vai aparecer a mensagem “Não localizado usuário com nome informado” e deve clicar em Novo Usuário.





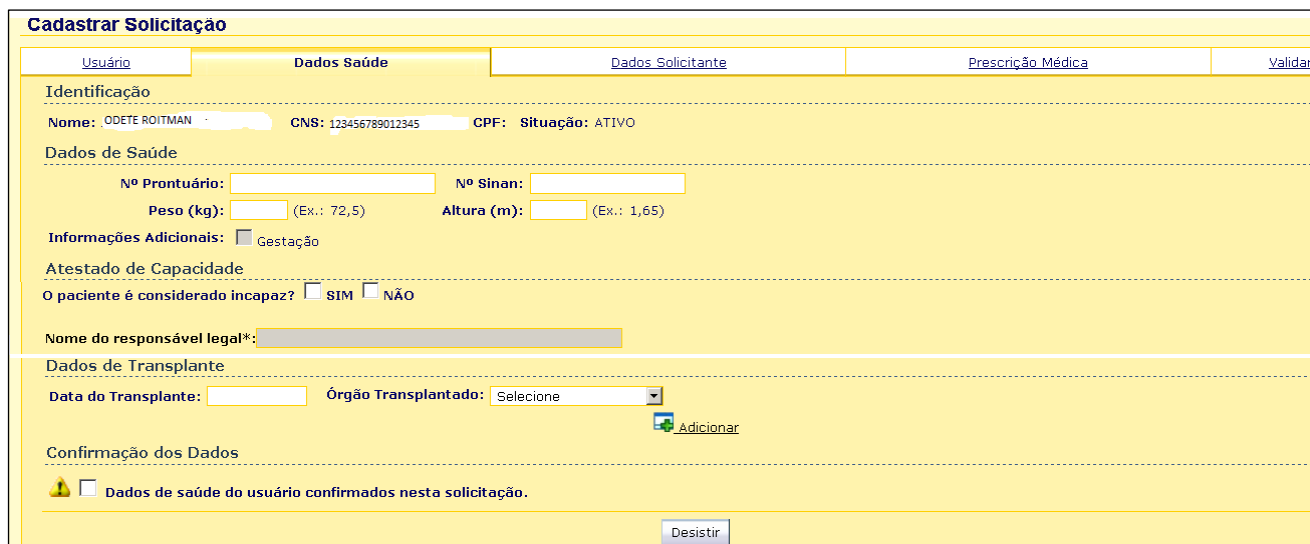


Clicar na segunda aba, em Dados Saúde.

Caso não tenha peso e altura informar 0,1 e 0,01.

Obrigatoriamente, clicar em Confirmação dos Dados.

Se não tiver Nº Prontuário, Nº Sinam, Informações Adicionais, Dados de Transplante deixar em branco.



o. Clicar na 3ª aba, Dados Solicitante:

- Preencher o CNES. Caso não tenha preenchido nos documentos apresentados observar qual é o estabelecimento de saúde do profissional prescritor através da

identificação do estabelecimento impresso na receita médica. Pesquisar em [www.cnes.datasus.gov.br](http://www.cnes.datasus.gov.br).

- Data da Solicitação: preencher com a data que está no LME, ou receita ou a data atual se for cadastro de paciente que já retira o medicamento.
- Caso ache importante pode preencher os demais espaços.

| Cadastrar Solicitação  |             |                   |                   |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| Usuário  | Dados Saúde | Dados Solicitante | Prescrição Médica |
| <b>Identificação</b>   |             |                   |                   |
| Nome: ODETE ROITMAN    CNS: 123456789012345    CPF:    Situação: ATIVO |             |                   |                   |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde Solicitante</b>           |             |                   |                   |
| CNS:    Nome:  |             |                   |                   |
| <b>Identificação Médico Solicitante</b>                                |             |                   |                   |
| CRM:    UF CRM: PR   |             |                   |                   |
| Nome:  |             |                   |                   |
| CPF:   |             |                   |                   |
| CNS:   |             |                   |                   |
| Data da Solicitação:   |             |                   |                   |
| <b>Observações da Receita na Dispensação:</b>                          |             |                   |                   |
| Observações:   |             |                   |                   |
| Justificativa dos Medicamentos Solicitados:                            |             |                   |                   |
| Anamnese:  |             |                   |                   |

Clicar na 4ª aba – Prescrição Médica.

- Preencher o CID principal e secundário. Observar que o CID Principal deve ser R52.1 ou R52.2 e o CID Secundário é da patologia que desencadeou a dor.
- É importante não errar pois implica em perder todo o cadastro.
- No espaço em branco ao lado de Medicamento: digitar PRSDOR e vai aparecer todos os medicamentos disponíveis nesse programa.
- Clique naquele solicitado e preencha a Qtde. (quantidade) por mês. É importante a posologia para o cálculo mensal. Caso seja apenas para 1 ou 2 meses os demais espaços preencher com o nº zero.
- Preenchido medicamento e quantidades clicar em Adicionar.
- Se for solicitado outro medicamento para o mesmo CID proceder da mesma maneira.

**Cadastrar Solicitação**

Usuário Dados Saúde Dados Solicitante Prescrição Médica Validar

**Identificação**

Nome: ODETE ROITMAN CNS: 123456789012345 CPF: Situação: ATIVO

**Código Internacional de Doenças**

\*CID Principal: CID Secundário:

**Medicamento Solicitado**

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

PRSDOR Gabapentina 300mg COMP  
PRSDOR Codeína 30mg COMP  
PRSDOR Morfina 10mg COMP  
PRSDOR Metadona 10mg/ml AP  
PRSDOR Morfina 10mg sol. inj AP  
PRSDOR Metadona 10mg COMP  
PRSDOR Morfina 30mg COMP

Adicionar

Desistir

(\*) Campo de preenchimento obrigatório.

q. Após Adicionar a tela ficará como abaixo.

Se tinha erro de quantidade pode corrigir clicando em Alterar.

Se não era aquele medicamento clicar em Excluir.

**Cadastrar Solicitação**

Usuário Dados Saúde Dados Solicitante Prescrição Médica Validar

**Identificação**

Nome: ODETE ROITMAN CNS: 123456789012345 CPF: Situação: ATIVO

**Código Internacional de Doenças**

\*CID Principal: R522 CID Secundário: M210

**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 |         |         |
| 41.01.00.002.5         | PRSDOR Gabapentina 300mg COMP | 180         | R522          | M210           | 30          | 30    | 30    |         |         |

Desistir

(\*) Campo de preenchimento obrigatório.

r. Clicar na 5ª aba.

Observar Ocorrência e os dados que não foram preenchidos ou tem inconsistência. Se possível corrigir. Se não, entrar em contato com SCINE.

Observar Documentos Gerais. Clicar nos documentos apresentados.

| Usuário  | Dados Saúde | Dados Solicitante | Prescrição Médica | Validar |
|--|-------------|-------------------|-------------------|---------|
| <b>Identificação</b>   |             |                   |                   |         |
| <b>Nome:</b> ODETE ROITMAN <b>CNS:</b> 123456789012345 <b>CPF:</b> 111222333-44 <b>Situação:</b> ATIVO   |             |                   |                   |         |
| <b>Ocorrência</b>  |             |                   |                   |         |
| <b>Dados Solicitante</b>   |             |                   |                   |         |
| Estabelecimento de Saúde Solicitante não informado (a)<br>CRM Profissional Solicitante não informado (a)<br>UF CRM Profissional Solicitante não informado (a)<br>Data Solicitação não informado (a)  |             |                   |                   |         |
| <b>Documentos Gerais</b>   |             |                   |                   |         |
| <b>Selecione os documentos obrigatórios apresentados</b>   |             |                   |                   |         |
| <input type="checkbox"/> Cópia de Documento de Identidade ou da Certidão de Nascimento<br><input type="checkbox"/> Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)<br><input type="checkbox"/> Cópia do comprovante de residência<br><input type="checkbox"/> Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido<br><input type="checkbox"/> Prescrição médica devidamente preenchida |             |                   |                   |         |
| <b>Documentos Específicos</b>  |             |                   |                   |         |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde Executante</b>  |             |                   |                   |         |
| <b>CNES:</b> 123456 <b>Nome:</b> FE 03 PM IVAÍ   |             |                   |                   |         |
| <input type="button" value="Gravar"/>  |             |                   |                   |         |

### 4.3 PACIENTES CADASTRADOS

### 5. RESPONSABILIDADES NA EXECUÇÃO DO POP

Farmacêutico (a)

### REFERÊNCIAS:

Secretaria do Estado do Paraná. **Assistência Farmacêutica (a)**: Disponível em:  
[http://200.189.113.52/assistencia\\_farmacutica\\_sesa.pdf](http://200.189.113.52/assistencia_farmacutica_sesa.pdf)