

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b>		<b>POP nº: 01</b>	
	<b>Setor: Farmácia – Medicamento do componente não incorporado ao SUS</b>	<b>EMISSÃO: 27/06/2022</b>	<b>REVISÃO:</b>	<b>Pág.:</b>
<b>CRENCIAMENTO MEDICAMENTO ESPECIAL</b>				

### 1. OBJETIVO

Estabelecer procedimento para garantir a dispensação através do credenciamento nº 02/2019.de medicamentos de uso contínuo ou temporário não ofertados pelo SUS.

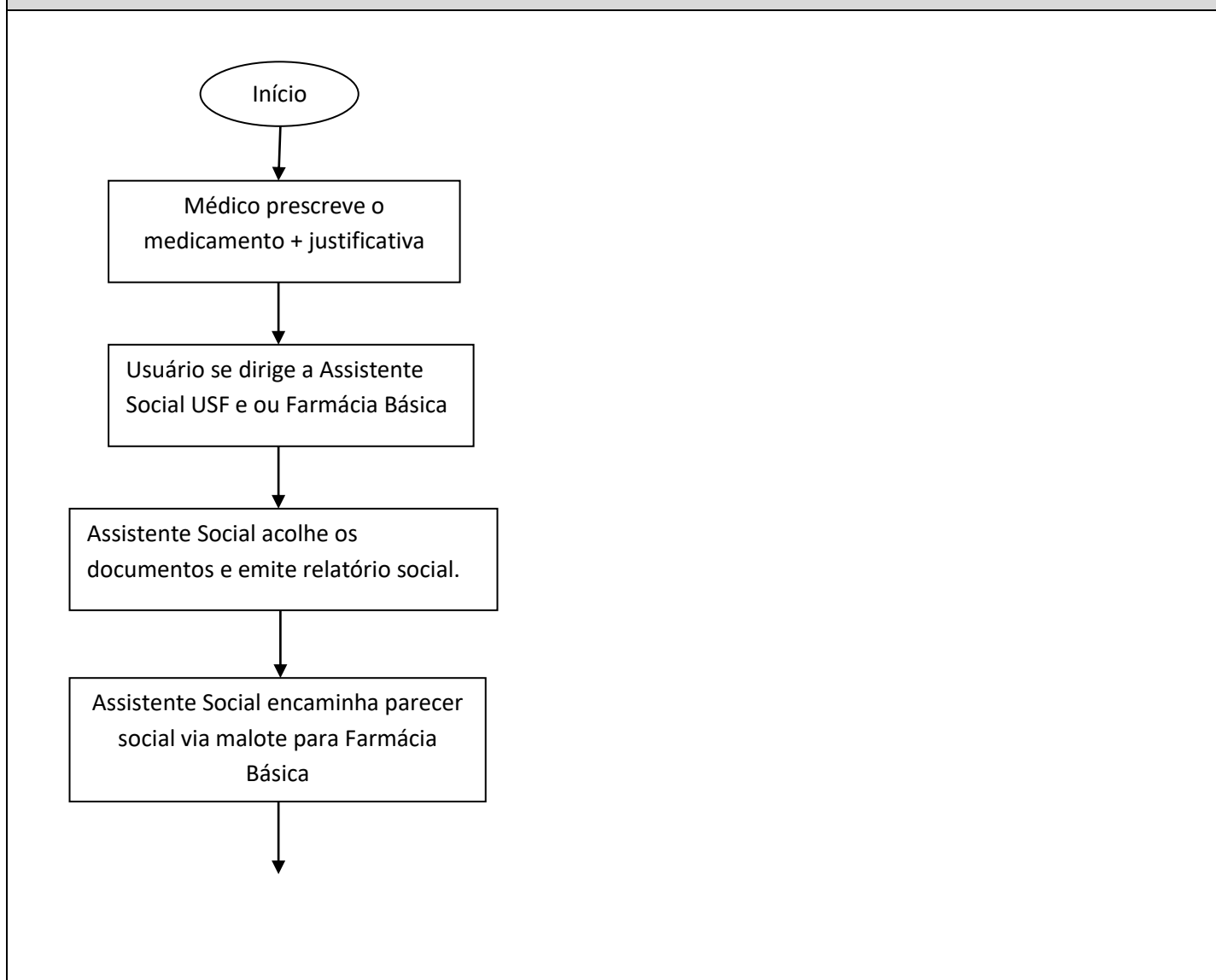
#### 1.1 ÁREAS ENVOLVIDAS

Assistente Social USF, DAB, Farmácia Básica, Superintendência.

#### 1.2 CONSIDERAÇÕES

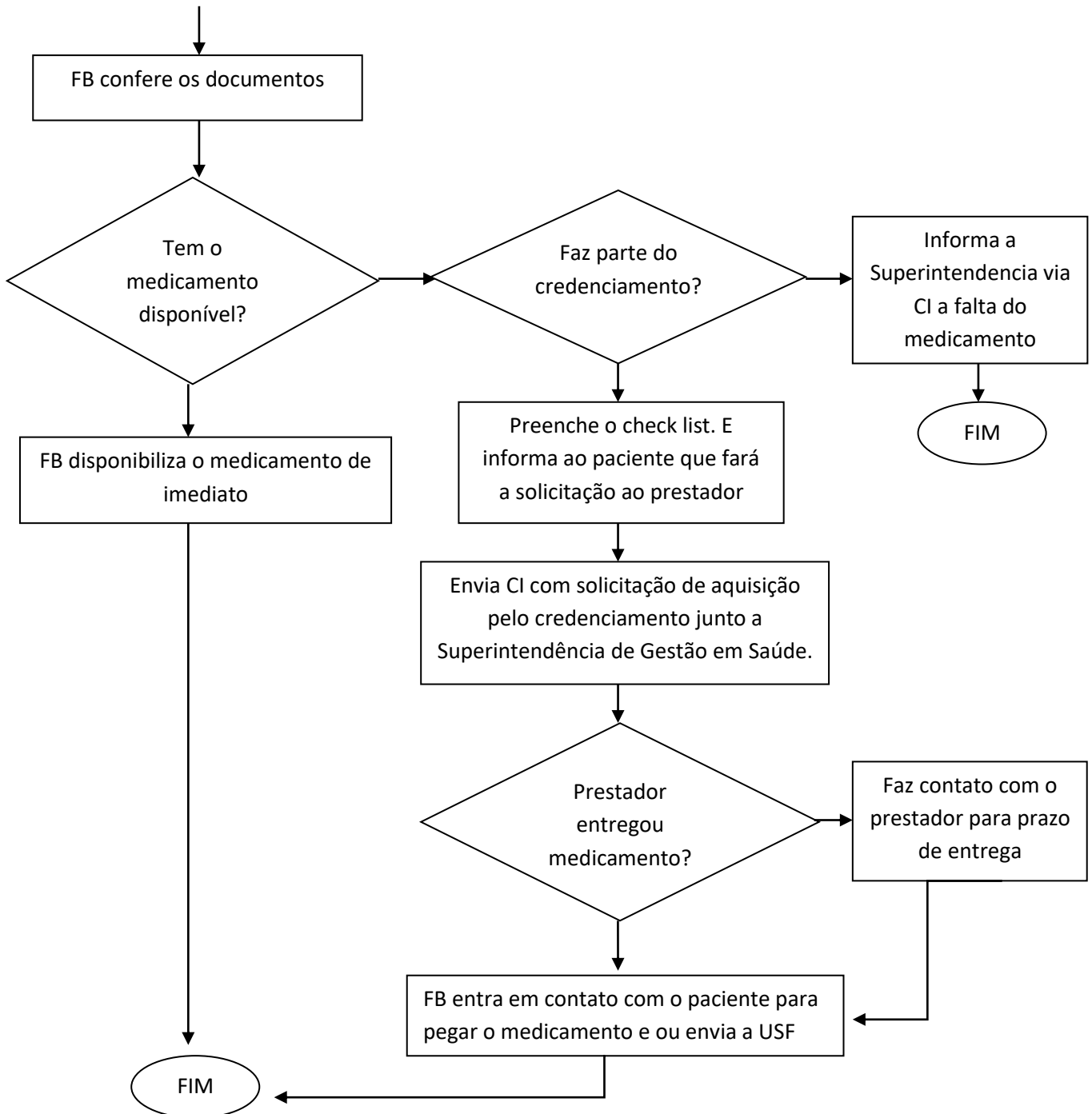
Fornecimento de medicamentos de uso contínuo ou temporário não incorporados em ato normativo do SUS amparado pela LEI Municipal 560/2019.

### 1.3 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO



<b>Elaborado por:</b>	Jacqueline Batista e Dóráth Menezes	<b>Data da Criação:</b>	27/06/2022
<b>Revisado por:</b>	Clécio	<b>Data da Revisão:</b>	27/06/2022
<b>Aprovado por:</b>	Marta Rejane Montenegro Batista	<b>Data da Aprovação:</b>	27/06/2022

**CRENCIAMENTO MEDICAMENTO ESPECIAL**



**RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO**

<b>Elaborado por:</b>	Jacqueline Batista e Dóráth Menezes	<b>Data da Criação:</b>	27/06/2022
<b>Revisado por:</b>	Clécio	<b>Data da Revisão:</b>	27/06/2022
<b>Aprovado por:</b>	Marta Rejane Montenegro Batista	<b>Data da Aprovação:</b>	27/06/2022

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b>		<b>POP nº: 01</b>	
	<b>Setor: Farmácia – Medicamento do componente não incorporado ao SUS</b>		<b>EMISSÃO: 27/06/2022</b>	<b>REVISÃO:</b>

**CRENCIAMENTO MEDICAMENTO ESPECIAL**

Assistente Social USF, Farmácia Básica

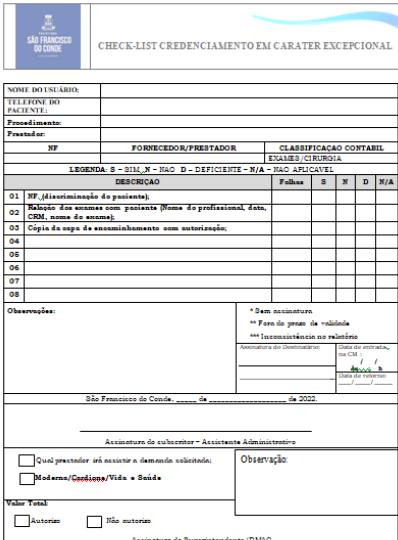
**MATERIAIS NECESSÁRIOS**

Papel, caneta, computador, impressora

**ANEXOS**

**Anexo 1:**

- Modelo Check list



**CHECK-LIST CRENCIAMENTO EM CARATER EXCEPCIONAL**

NOME DO USUÁRIO: \_\_\_\_\_  
 TELEFONE DO PACIENTE: \_\_\_\_\_  
 Procedimento: \_\_\_\_\_  
 Fornecedor: \_\_\_\_\_  
 FORNECEDOR/PRESTADOR: \_\_\_\_\_ CLASSIFICAÇÃO CONTÁBIL: \_\_\_\_\_  
 EQUIPE/CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_  
 LEGENDA: S - SUI, N - NAO, D - DEFICIENTE - N/A - NAO APLICÁVEL

CLASSIFICAÇÃO	Faltas	S	N	D	N/A
01 NF (classificação do paciente)					
02 Relação de exames com presente (nome do profissional, data, CDI, nome do exame)					
03 Cópia da vaga de encaminhamento com autorização					
04					
05					
06					
07					
08					

Observações: \_\_\_\_\_  
 \* Sem assinatura  
 \*\* Fora do prazo de validade  
 \*\*\* Inexistência no relatório

São Francisco do Conde, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022

Assinatura do solicitante - Assistente Administrativo: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da Superintendente/DIAC: \_\_\_\_\_

Qual prestador irá executar a demanda solicitada:  
 Moderna/Oncologia/Vida + Saúde

Valor Total:  Autorizo  Não autorizo

Observação: \_\_\_\_\_

**REFERÊNCIAS**

- Lei Municipal 560/2019;
- Credenciamento 02/2019;
- Termo de Adesão ao Credenciamento nº002/2019.

<b>Elaborado por:</b>	Jacqueline Batista e Dórrath Menezes	<b>Data da Criação:</b>	27/06/2022
<b>Revisado por:</b>	Clécio	<b>Data da Revisão:</b>	27/06/2022
<b>Aprovado por:</b>	Marta Rejane Montenegro Batista	<b>Data da Aprovação:</b>	27/06/2022