

## **DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS CEAF**

### **OBJETIVOS**

Padronizar a dispensação dos medicamentos e insumos pertencentes ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) na Farmácia Básica Municipal.

### **DEFINIÇÃO**

A dispensação realizada de forma padronizada por todos os farmacêuticos e atendentes evita o erro de administração e propicia uma melhor eficácia terapêutica.

### **PROCEDIMENTO**

1. Solicitar ao paciente seu protocolo de atendimento. (Este documento é gerado no momento do cadastro do paciente no sistema, e contém todas as informações imprescindíveis para a adequada dispensação do(s) medicamento(s)).
2. Localizar o paciente no Sismedex, ATENDIMENTO > DISPENSAÇÃO

SISMEDEX | Componente Especializado da Assistência Farmacêutica CEAF

Atendimento > Dispensação

Pesquisar Dispensação

CNS: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_

(\*) Preencha apenas um dos campos.

Pesquisar | Limpar | Voltar

Versão: v6\_1\_23

SUS

3. Clicar em DISPENSAR

SISMEDEX | Componente Especializado da Assistência Farmacêutica CEAF

Atendimento > Dispensação

Pesquisar Dispensação

CNS: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Nome: fabio gean carneiro

(\*) Preencha apenas um dos campos.

Pesquisar | Limpar | Voltar

Página 1 de 1 : (Total de 1 registros)	Nome	Data Nascimento	Nome da Mãe	CNS	CPF	Vigência	Dispensar	Form. Renovação
	[redacted]	16/07/1973	JOVINA COSTA DUARTE	[redacted]	[redacted]	01/10/2023 à 31/03/2024	<input checked="" type="checkbox"/>	<a href="#">link</a>

Página 1 de 1 : (Total de 1 registros)

Versão: v6\_1\_23

SUS

4. Selecionar o AUTORIZADO: se não for o próprio paciente, a pessoa que vai retirar o medicamento deve conter uma autorização assinada pelo paciente e esta deve ser cadastrada (anexo I)
5. Selecionar o MEDICAMENTO e colocar a quantidade que está sendo dispensada > GRAVAR E IMPRIMIR RECIBO

**SISMEDEX** Componente Especializado da Assistência Farmacêutica CEAf SUS

Atendimento Consulta Fluxo Estoque Judicial Administração Gerencial Produção APAC Programação e Saír

Atendimento > Dispensação Usuário: ESTELA APARECIDA PLATH UAF: FE 16 PM Mauá da Serra

**Dispensação**

**Identificação**  
Nome: [REDACTED] CNS: [REDACTED]

**Autorizado a retirar medicamentos**

Autorizado: O Próprio Usuário Manter Autorizado Manter Usuário

**Últimas Dispensações**

Competência	LME	Medicamento	Prescrição	Qtd.	Medicamento	Dispensação	Lote/Validade	Qtd.	Data
06/2023	10	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400 MCG CAP INALANTE CAP 60 DOSES		1	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400 MCG CAP INALANTE CAP 60 DOSES		2211200 28/02/2024	1	06/06/2023
07/2023	11	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400 MCG CAP INALANTE CAP 60 DOSES		1	medicamento não entregue		-	-	-
08/2023	11	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400 MCG CAP INALANTE CAP 60 DOSES		1	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400 MCG CAP INALANTE CAP 60 DOSES		2211203 28/02/2024	1	09/08/2023
09/2023	11	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400 MCG CAP INALANTE CAP 60 DOSES		1	medicamento não entregue		-	-	-

[Listar todas observações](#)

**Observações da Receita**

LME	Observação
11	

**Dispensação**

LME	Medicamento	Prescrição	Qtd. Medicamento	Dispensação	Estoque	Qtd.	Compor	Antecipar	Alterar	Observar	Recetaria	Escolher Lote
11	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400 MCG CAP INALANTE CAP 60 DOSES		1	Selecionar uma opção								

(\*) Campo de preenchimento obrigatório.

[Gravar e Imprimir Recibo](#) [Limpar](#) [Desistir](#)

6. Com o recibo, pegar o medicamento no estoque, conferindo o nome do medicamento, dose, lote e data de validade.
7. Entregar ao paciente ou autorizado, conferir novamente os medicamentos, e solicitar a assinatura no recibo.
8. Proceder a guarda do recibo do dispensação.

## ORIENTAÇÕES GERAIS

- ✓ Caso o medicamento a ser dispensado for controlado, pertencente à Portaria 344/98, solicitar prescrição médica. Verificar nome do paciente, nome do medicamento, posologia, assinatura e carimbo do médico, e data da receita e sua validade. Não dispensar medicamento sem prescrição médica devidamente preenchida.
- ✓ Conforme a Portaria 9.787/99, todas as prescrições médicas a serem dispensadas no SUS devem ser prescritas com nome do princípio ativo. Não dispensar medicamentos com receituário médico prescrito com nome comercial.
- ✓ Se houver qualquer divergência, clicar na guia OBSERVAÇÃO, digitar e clicar em CONFIRMAR OBSERVAÇÃO.

## ANEXO I

### CADASTRO DO AUTORIZADO

- ✓ Se o autorizado for parente direto, solicitar documento de identidade e proceder o cadastro.

#### 1. Clicar MANTER AUTORIZADO > INCLUIR

The screenshot shows the SISMEDEX software interface. At the top, there's a navigation bar with links like 'Atendimento', 'Consulta', 'Fluxo Estoque', 'Judicial', 'Administração', 'Gerencial', 'Produção APAC', 'Programação e', and 'Sair'. The main area has tabs for 'Identificação' (Identification) and 'Últimas Dispensações' (Recent Prescriptions). Under 'Identificação', fields are filled with placeholder data. Under 'Últimas Dispensações', a table lists prescriptions from various dates, each with details like LME, Medicamento, Qtde., Medicamento, Lote/Validade, Qtde., and Data. Below this is a 'Dispensação' (Dispensing) section where a new prescription can be entered, including fields for LME, Medicamento, Qtde., Medicamento, and various dispensing options like Estoque, Compor, Antecipar, Alterar, Observar, and Receber. Buttons for 'Gravar e Imprimir Recibo', 'Limpar', and 'Desistir' are at the bottom.

#### 2. Preencher todos os campos obrigatórios (\*), clicar em INCLUIR e VOLTAR.

The screenshot shows the 'Incluir' (Insert) screen for a new authorized person. It includes fields for mandatory information like Nome, N° Identidade, UF, CPF, and various phone numbers. There are also checkboxes for accepting terms and conditions and for active status. At the bottom, there are buttons for 'Incluir', 'Limpar', and 'Voltar'.

Proceder com a dispensação.

- ✓ Se não for parente direto, solicitar a autorização de retirada, conforme modelo a baixo.  
Se não houver autorização, recusar a dispensação, entregar uma autorização para a pessoa, e orientar quanto ao preenchimento pelo paciente ou responsável.



## AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS

Pelo presente instrumento eu, \_\_\_\_\_,  
nº CPF \_\_\_\_\_ autorizo \_\_\_\_\_,  
nº CPF \_\_\_\_\_, grau de parentesco \_\_\_\_\_, a retirar em  
meu nome o(s) medicamento(s) fornecido(s) pelo Componente Especializado da Assitência  
Farmacêutica do estado do Paraná.

Mauá da Serra, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do paciente ou responsável**

	Nome	Assinatura	Data
<b>Elaborado por:</b>	Estela Aparecida Plath		10/11/2014
<b>Aprovado por:</b>	Estela Aparecida Plath		10/11/2014
<b>Revisado por:</b>	Estela Aparecida Plath		06/11/2025