



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília  
Departamento Econômico, Financeiro e Contábil

**Expediente de atendimento**

**HCFAMEMA-EXP-2023/02387**

<b>Data de Produção</b>	28/03/2023
-------------------------	------------

<b>Interessado</b>	Superintendência
<b>Assunto</b>	Fluxo para solicitação e autorização de itens eventuais na Instituição.

Renato Masaiti Kayano Rosa  
Diretor  
Departamento Econômico, Financeiro e Contábil

*Classif. documental*

006.01.10.004



Assinado com senha por RENATO MASAITI KAYANO ROSA - 28/03/2023 às 14:56:25.  
Documento Nº: 68893652-6025 - consulta à autenticidade em  
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=68893652-6025>



HCFAMEMAEXP202302387A

**SIGA**



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília  
Departamento Econômico, Financeiro e Contábil

**Ordem de serviço**

**Assunto:** Fluxo para solicitação e autorização de itens eventuais na Instituição

Estabelece o fluxo para solicitação e autorização de itens eventuais na Instituição.

A Superintendência do Hospital das Clínicas de Marília – HCFAMEMA, no uso das atribuições legais e regulamentares, e

**CONSIDERANDO** a necessidade de se avaliar toda tecnologia em saúde, inclusive os itens eventuais, com vistas à uma análise estatística da sua frequência de utilização, possibilitando sua incorporação no catálogo de itens padronizados da Instituição; e

**CONSIDERANDO** que todo item eventual se trata de material não padronizado, de uso esporádico, que não se encontra disponível em nosso Núcleos e requer aprovação para aquisição; abrangendo exames, medicamentos, materiais e insumos e OPMEs.

**DETERMINA:**

1. O novo **fluxo** (Anexo I) para **solicitação e autorização de itens eventuais** na Instituição.

1.1 A solicitação de item eventual deverá ser realizada apenas por gestores e profissionais habilitados.

1.2 A solicitação se fará mediante requisição no Sistema Benner Web, incluindo as especificidades do item bem como seu cadastramento quando não houver.

1.3 Para cadastramento de determinado item, o requisitante poderá contar com o apoio da Gerência de Compras e Gestão de Contratos para sua identificação.

Classif. documental	007.00.03.005
---------------------	---------------



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília  
Departamento Econômico, Financeiro e Contábil

1.4 A requisição deverá ser justificada e fundamentada acerca da necessidade do uso, local e período, da inviabilidade das alternativas disponíveis bem como dos prejuízos pela falta do item.

1.5 O valor estimado do item não pode ser simbólico, sendo necessário informar um valor unitário real estimado do item.

1.6 A requisição respeitar-se á as avaliações das instâncias de autorização, constituídas a partir do Organograma Institucional e suas referências, a saber:

I- Núcleo Técnico

II- Gerência Técnica

III- Departamento de Atenção à Saúde ou Administrativo

IV- DEFICONT

V- NATS

VI- Superintendência

1.7 Toda solicitação realizada pelos profissionais habilitados (Núcleo ou Gerência ou Departamento) deverá ser encaminhada ao diretor do Departamento de referência, seja de Atenção à Saúde ou Administrativo, para avaliação e ciência.

1.8 Compreendendo a necessidade do item solicitado, o Departamento de referência encaminhará a solicitação ao Departamento Econômico, Financeiro e Contábil (DEFICONT) para parecer a respeito da disponibilidade orçamentária.

1.9 Após parecer, o DEFICONT encaminhará a solicitação à Chefia de Gabinete (NATS) para análise da tecnologia em questão, ou seja, do item solicitado, bem como sua identificação nos instrumentos de planejamento institucionais: Plano Diretor, Planejamento Estratégico e Plano de Investimentos.

1.10 A análise da tecnologia solicitada, será subsidiada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde (NATS).

1.11 Caberá a Superintendência, após pareceres do DEFICONT e GGPA, a autorização do item solicitado bem como a indicação do recurso a ser utilizado, podendo ser proveniente do HCFAMEMA ou FAMAR.



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília  
Departamento Econômico, Financeiro e Contábil

2. Os **prazos para avaliação** de qualquer item eventual, respeitando-se as seguintes condições:

2.1 Aos pacientes internados, o prazo de avaliação será de 2 (dois) dias úteis, incluindo todas as instâncias de autorização. Em caráter excepcional, decorrente da gravidade do caso, poderá ser estipulado prazo inferior.

2.2 Aos pacientes ambulatoriais, o prazo de avaliação será de 4 (quatro) dias úteis, também incluindo todas instâncias de autorização.

2.3 Para o cumprimento de todos os prazos, é de extrema importância a comunicação e a cooperação entre todas as instâncias envolvidas, tendo em vista o atendimento às necessidades dos pacientes.

3. As novas **fichas técnicas** (Anexo II e III) para solicitação de exames e OPMEs eventuais, a serem anexadas no Sistema Benner Web no momento da requisição.

4. Os fluxos de solicitação e autorização de **equipamentos, informática e obras** obedecerão à **Ordem de Serviço específica**.

Esta ordem de serviço entra em vigor na data de sua publicação, revogando a **ORDEM DE SERVIÇO N ° 76, DE 02 DE MAIO DE 2020**.

Marília, 30 de março de 2023.

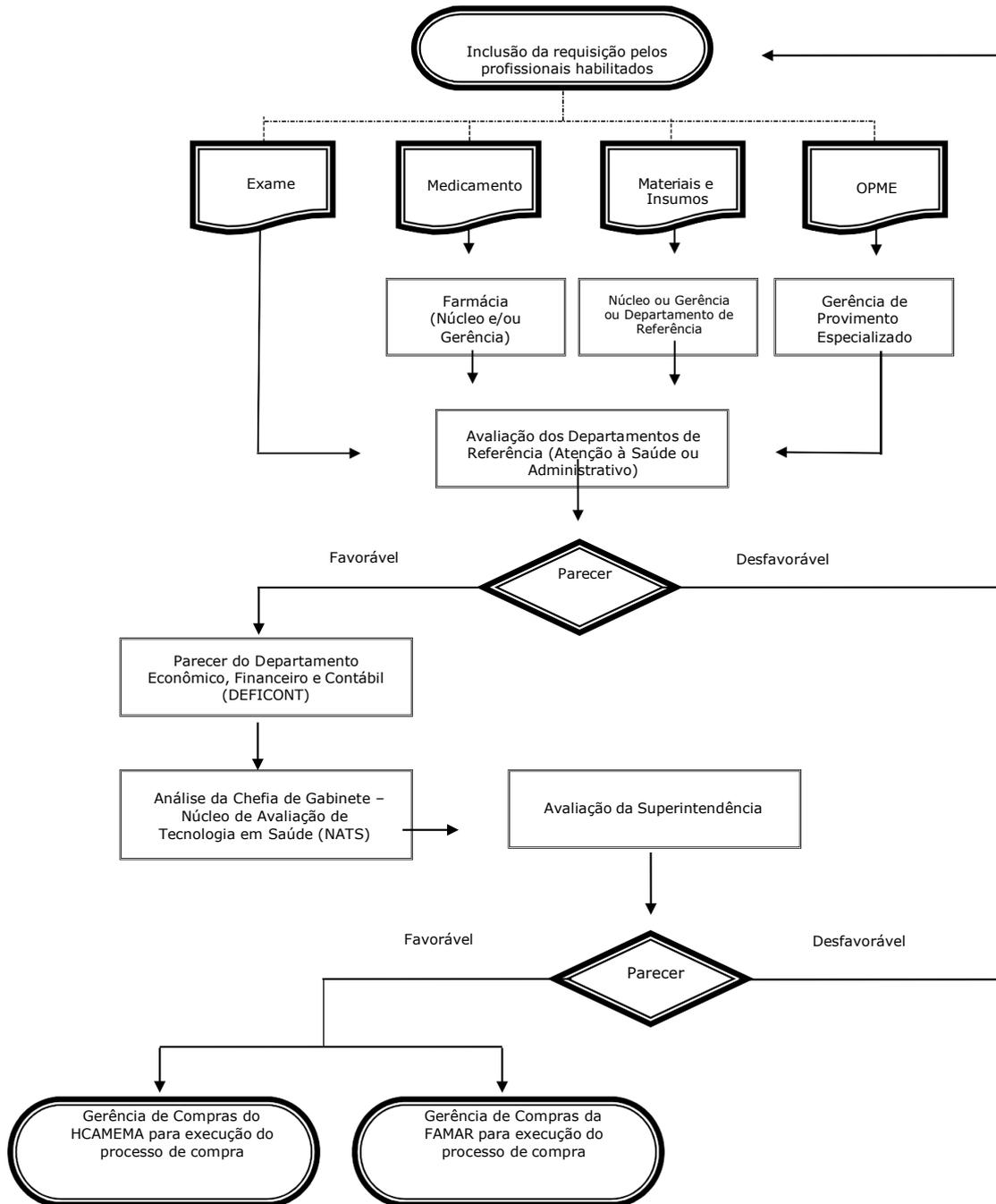
Paloma Aparecida Libanio Nunes  
Superintendente  
Superintendência





**Anexo I**

**FLUXOGRAMA PARA SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE ITENS EVENTUAIS**





**Anexo II**

**FICHA TÉCNICA PARA SOLICITAÇÃO DE EXAME COMPLEMENTAR  
NÃO DISPONÍVEL NA INSTITUIÇÃO**

Esta solicitação de exame complementar não faz parte do rol de exames disponíveis na Instituição. Logo, para o seu atendimento faz-se necessário o encaminhamento aos laboratórios particulares, elevando fortemente nossos custos. Assim, precisamos entender sua relevância para a assistência e promoção do bem-estar do paciente bem como realizar uma análise estatística da frequência de determinado exame, visando sua incorporação no rolde exames disponíveis da Instituição, caso esse se justifique.

**Superintendência.**

**Paciente:** \_\_\_\_\_

---

**Exame Solicitado:** \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

---

Qual a possibilidade "à priori" do resultado vir alterado? Pequena ( ) Grande ( ) Foi requisitado Resultado do exame de imagem anteriormente realizado e a justificativa da necessidade desse exame. No que o exame solicitado completaria o anterior?

---



---



---

**Justificativa:** (deixe clara a relevância do pedido desse exame para a qualidade da assistência prestada a esse paciente e o porquê o mesmo é indispensável, caso o seja):

---



---



---

Em que dimensão alterará a conduta clínica ou cirúrgica?

---



---

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante

**Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA**  
 Rua Doutor Reinaldo Machado, 255- Bairro Fragata | Marília, SP | CEP 17519-080  
 Telefone: (14) 3434-2500 E-mail: [superintendencia@hcfamema.sp.gov.br](mailto:superintendencia@hcfamema.sp.gov.br) |  
 CNPJ: 24.082.016/0001-59



HCFAMEMACA P202316519A





**Anexo III**

**FICHA TÉCNICA PARA SOLICITAÇÃO DE OPME  
 NÃO DISPONÍVEL NA INSTITUIÇÃO**

Esta solicitação de Órtese, Prótese e Materiais Especiais não faz parte do rol de OPME disponíveis na Instituição. Logo, para o seu atendimento faz-se necessária a aquisição eventual, elevando fortemente nossos custos. Assim, precisamos entender sua relevância para a assistência e promoção do bem-estar do paciente bem como realizar uma análise estatística da frequência de determinada OPME, visando sua incorporação no rol de materiais disponíveis da Instituição, caso essa se justifique.

**Superintendência.**

**Paciente:** \_\_\_\_\_

---

**OPME Solicitado:** \_\_\_\_\_

---

**Médico Solicitante:** \_\_\_\_\_

Telefones para contato: \_\_\_\_\_

---

**Justificativa:** (deixe clara a relevância do pedido dessa OPME para a qualidade da assistência prestada a esse paciente e o porquê o mesmo é indispensável, caso o seja):

---



---



---



---

**Descrição do item:** (descreva o mais detalhado possível o item requisitado, incluindo medidas, modelos e outras informações relevantes, facilitando o seu cadastro caso seja necessário, bem como sua solicitação): \_\_\_\_\_

---



---



---



---

**Sugestões de SIAFísico:** \_\_\_\_\_

---

**“ANEXE FOTO, DESCRITIVOS, ESTUDOS CIENTÍFICOS E O MÁXIMO DE INFORMAÇÕES POSSÍVEIS QUE FACILITEM O PROCESSO DE REQUISIÇÃO”**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante

**Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA**  
 Rua Doutor Reinaldo Machado, 255 - Bairro Fragata | Marília, SP | CEP 17519-080  
 Telefone: (14) 3434-2500 | E-mail: [superintendencia@hcfamema.sp.gov.br](mailto:superintendencia@hcfamema.sp.gov.br) | CNPJ:  
 24.082.016/0001-59



HCFAMEMACAP202316519A

