



Governo do Estado de São Paulo
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Chefia de Gabinete

DESPACHO

Nº do Processo: 144.00012848/2024-69

Interessado: Assessoria Técnica II, Superintendência - Assessoria Técnica

Assunto: Atualização de fichas de materiais e medicamentos

À
Assessoria Técnica da Superintendência

Prezadas,

Envio atualização de fichas institucionais para materiais e medicamentos não disponíveis SUS de acordo com reuniões e ordens de serviço previamente emitidas.

Favor providenciar divulgação para substituição de fichas antigas aos setores partícipes do processo.

Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por **Igor Ribeiro de Castro Bienert, Chefe de Gabinete de Autarquia**, em 13/09/2024, às 12:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no [Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.sp.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0039777994** e o código CRC **CCEDB672**.

FICHA TÉCNICA PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS NÃO DISPONÍVEIS NA INSTITUIÇÃO

Paciente: _____

Registro: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Medicamento Solicitado: _____

DISPONÍVEL na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) **OU** disponível na Relação Estadual de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica de São Paulo (antigo alto custo – Uso de LME) **OU** disponível na Relação Estadual de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica:

Sim Não Observações: _____

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/rename>

<https://saude.sp.gov.br/ses/>

Se Não: Declaro para os devidos fins de direito para instrução ao processo de solicitação de medicamento que **não é possível atendimento a esse paciente com as alternativas disponíveis no SUS.**

Assinatura / Carimbo: _____

CPF: _____._____._____ - _____ Especialidade: _____

Justificativa:

Descritivo adicional e tempo previsto de tratamento: (descreva o mais detalhado possível o medicamento, incluindo via de administração, concentração e outras informações relevantes, bem como o tempo previsto de utilização):

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES: Declaro para os devidos fins de Direito que NÃO POSSUO relação com a indústria de medicamentos ou similar de qualquer natureza relacionado ao item solicitado que possam configurar conflitos de interesses, ainda que em potencial, tais como recebimento de reembolso, honorários para eventos científicos, palestras, consultorias, entre outros.

Data ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante

AUTORIZADO: Sim Não

AVALIAR PADRONIZAR: Sim Não

Data ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Diretor HCFAMEMA

DECLARAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE MATERIAL NÃO CONTEMPLADO NO SUS

Paciente: _____

Registro Hospitalar: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Declaro para os devidos fins de direito para instrução ao processo de solicitação de material, procedimento ou exame referido que **não é possível atendimento a esse paciente com as alternativas disponíveis no Sistema Único de Saúde - SUS.**

Item solicitado: OPME PROCEDIMENTO EXAME

Descritivo do item: _____

Justificativa: _____

Data: ____/____/____. _____

Assinatura e Carimbo do Solicitante

CAMPO DO DEPARTAMENTO DE INFRAESTRUTURA E LOGÍSTICA (DIL-NOPME)

Descrição Técnica complementar do item: _____

Data: ____/____/____. _____

Assinatura e Carimbo DIL

CAMPO PARA DIRETORIA DO CENTRO CIRURGICO (GACCCO)

Concordância: SIM NÃO

Capacidade local de realização: SIM NÃO

Necessidade de material adjunto: SIM NÃO

Se sim, descrever (equipamentos, acessórios de apoio ao ato cirúrgico):

Data: ____/____/____. _____

Assinatura e Carimbo do Diretor



Governo do Estado de São Paulo
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Superintendência - Assessoria Técnica

MEMORANDO-CIRCULAR

Nº do Processo: 144.00012848/2024-69

Interessado: Assessoria Técnica II, Superintendência - Assessoria Técnica

Assunto: Atualização de fichas de materiais e medicamentos

Para:

ASSISTÊNCIA DE APOIO À PROCURADORIA GERAL DO ESTADO
CENTRO DE ONCOLOGIA
COMISSÕES E COMITÊS
CHEFIA DE GABINETE
GERÊNCIA DE COMUNICAÇÃO
GERÊNCIA DE REGULAÇÃO DE ACESSO
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITAL DIA
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DE APOIO, DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE EM ALTA COMPLEXIDADE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE EM HEMOTERAPIA
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO INFANTIL
DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE PESSOAS
DEPARTAMENTO DE INFRAESTRUTURA E LOGÍSTICA
DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO
DEPARTAMENTO ECONÔMICO, FINANCEIRO E CONTÁBIL
DIRETORIA CLÍNICA
SIC/OUVIDORIA

Prezados,

Encaminhamos comunicado despacho 0039777994 , informando a atualização de fichas institucionais para materiais e medicamentos não disponíveis SUS e substituição das fichas antigas, para ampla divulgação aos envolvidos.

Assino o presente nos moldes do artigo 23 da Lei nº 10.261/1968.

Sem mais para o momento, nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,

Marília, na data da assinatura digital.

TARCÍSIO ADILSON RIBEIRO MACHADO
Superintendente em Substituição do HCFAMEMA



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Adilson Ribeiro Machado**,
Superintendente em Substituição, em 13/09/2024, às 16:59, conforme horário oficial de
Brasília, com fundamento no [Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
[https://sei.sp.gov.br/sei/controlador_externo.php?
acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](https://sei.sp.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0) , informando o código verificador
0039792115 e o código CRC **3E8D149E**.
