



SUMÁRIO

ATOS DA CFT	1
RESOLUÇÃO CFT Nº 002, DE 23 DE OUTUBRO DE 2024	1
REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT).....	2

ATOS DA CFT

RESOLUÇÃO CFT Nº 002, DE 23 DE OUTUBRO DE 2024

“Aprova o Regimento Interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica, no âmbito do município de Dois Irmãos do Tocantins, e dá outras providências”.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica- CFT do Dois Irmãos do Tocantins, Estado de Tocantins, no uso de suas atribuições legais e,

CONSIDERANDO a Lei Federal 8.080, de 19-09-1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

CONSIDERANDO a Portaria do GM/MS 3.916, de 30-10-1998, que aprova a Política Nacional de Medicamentos, que tem entre suas prioridades a

promoção do uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores.

CONSIDERANDO a necessidade de qualificação da Assistência Farmacêutica, ampliação do acesso da população aos medicamentos e a promoção do uso racional.

CONSIDERANDO a LEI MUNICIPAL Nº 688/2024, DE 12 DE AGOSTO DE 2024, que institui a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), vinculada à Secretaria Municipal de Saúde

CONSIDERANDO a PORTARIA GAB DE Nº 055 DE 13 DE AGOSTO DE 2024, que dispõe sobre nomeação dos membros para compor a Comissão de Farmácia e Terapêutica-CFT do Município de Dois Irmãos do Tocantins;

CONSIDERANDO a decisão da reunião ordinária da CFT do dia 23 de outubro de 2024.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Regimento Interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica no âmbito do município de Dois Irmãos do Tocantins/TO, em anexo.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Dois Irmãos do Tocantins, 23 de outubro de 2024.

Lorena Lopes da Luz
Presidente da CFT

Anderson Fazolo Watte
Secretário Municipal de Saúde



GECIRAN SARAIVA SILVA
Prefeito Municipal



ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA



REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)

2024 - 2026

Dois Irmãos do Tocantins/TO
Outubro 2024



**ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA**

AUTORIDADES MUNICIPAIS

GECIRAN SARAIVA SILVA
Prefeito Municipal

ANDERSON FAZOLO WATTE
Secretário Municipal de Saúde

MEMBROS DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA - (CFT)

Lorena Lopes da Luz – Farmacêutica
Breno Soares Borges Oliveira - Médico
Sara Loane Patrocínio da Cruz - Enfermeira
Rejiane Rodrigues Pereira – Odontóloga



REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA TERAPEUTICA

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT/SEMUS – é instância de caráter consultivo técnico e deliberativo da Secretaria de Municipal de Saúde, cujas ações devem estar voltadas à promoção do acesso e uso racional de medicamentos.

Parágrafo Único: A CFT tem por finalidade atuar na Secretaria Municipal de Saúde:

- I. Na seleção de medicamentos para compor a Relação Municipal de Medicamentos;
- II. No estabelecimento de critérios para o uso dos medicamentos selecionados e;
- III. Na avaliação do uso dos medicamentos selecionados.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 2º - São atribuições da CFT/SEMUS:

- I. Atuar na Secretaria Municipal de Saúde na formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, e uso de medicamentos;
- II. Propor a Relação Municipal de Medicamentos – REMUME – e sua atualização constante;
- III. Avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da Relação Municipal de Medicamentos;
- IV. Elaborar materiais informativos sobre o uso racional de medicamentos;
- V. Validar protocolos clínicos e terapêuticos;
- VI. Propor ações educativas visando o uso racional de medicamentos.

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT/SEMUS será composta por 4 membros titulares:

- I. Responsável técnica pela Assistência Farmacêutica
- II. Médico do corpo clínico
- III. Enfermeira Coordenadora da Atenção Básica
- IV. Odontóloga Responsável técnica.

§ 1º Para representações relacionadas deverá ocorrer através da indicação formal, encaminhada diretamente ao Conselho Municipal de Saúde, a qual será formalizada em Ata de reunião ordinária da mesma. Esta indicação terá validade por um período de dois anos, podendo estes serem reconduzidos por uma única vez, por igual período e consecutivo. A oficialização dos membros ocorrerá por meio de Portaria de designação de representantes da comissão.



**ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA**

§ 2º A Portaria de designação de representantes da comissão poderá ser feita fora do período de dois anos caso haja necessidade.

§ 3º Recomenda-se que os membros indicados tenham conhecimento na área de Avaliação de Tecnologias em Saúde.

§ 4º Todos os membros deverão assinar termo de isenção de conflitos de interesse no que se refere a vínculos empregatícios ou contratuais, compromissos e obrigações com indústrias privadas produtoras de medicamentos, que resultem em auferição de remunerações, benefícios ou vantagens pessoais.

§ 5º Enquanto fizerem parte da CFT/SEMUS, nenhum dos membros poderá auferir brindes, prêmios ou outras vantagens pessoais, proporcionadas por indústrias produtoras de medicamentos.

§ 6º Será dispensado, automaticamente, o membro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas, sem justificativa relevante, apresentada por escrito até quarenta e oito horas úteis após a reunião, devendo a entidade que representa, nesta circunstância, indicar novo membro.

§ 7º Para o desligamento de um membro da CFT/SEMUS, a solicitação deverá ser formalizada pela Unidade através de documento assinado pelo diretor e com a ciência do membro afastado. Deverá indicar novo membro para compor a comissão.

Art. 4º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT/SEMUS será composta por representantes dos seguintes setores da Secretaria Municipal de Saúde, que possuem caráter consultivo:

- I. Responsável técnica pelo Pronto Atendimento
- II. Enfermeira
- III. Enfermeira
- IV. Odontólogo

Parágrafo Único: Os membros que possuem caráter consultivo devem participar de todas as reuniões a fim de prestar informações pertinentes à sua área.

ELEIÇÃO DO CORPO DIRETIVO

Art. 5º - A Comissão deverá eleger, dentre seus membros efetivos, o corpo diretivo, sob os seguintes cargos:

- I) Presidente;
- II) Vice-Presidente;
- III) Secretário (a);

Parágrafo Único: Os membros da comissão serão eleitos entre si, por maioria absoluta de votos;

Art. 6º - O mandato dos membros do Corpo Diretivo da CFT será de 24 meses, podendo ser reconduzido por igual período uma única vez, conforme deliberação dos membros da comissão ou solicitação da Secretaria Municipal de Saúde.



**ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA**

Parágrafo Único: A relação dos membros do Corpo Diretivo de cada mandato será publicada em portaria específica.

Art. 7º - São atribuições do Presidente/Coordenador:

- a. Aprovar previamente a pauta das reuniões;
- b. Convocar e presidir as reuniões;
- c. Representar a Comissão, e órgãos afins, junto ao Secretário Municipal de Saúde, quando necessário ou solicitado, e/ou indicar seu representante;
- d. Subscriver todos os documentos e resoluções da Comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- e. Fazer cumprir o regimento.

Art. 8º - São atribuições da(o) Secretária(o):

- a. Organizar a pauta das reuniões;
- b. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c. Conferir o preenchimento dos Formulários de Solicitação Externa recebidos;
- d. Lavrar a ata das reuniões;
- e. Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente/Coordenador;
- f. Organizar e manter o arquivo da Comissão;
- g. Preparar a correspondência;
- h. Realizar outras funções determinadas pelo Presidente/Coordenador relacionadas ao serviço desta Secretaria.

Art. 9º - São atribuições da(o) Vice-Presidente substituir o Presidente em suas ausências e impedimentos.

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 10 - Todos os membros da CFT/SEMUS são pareceristas, excetuando-se os membros de caráter consultivo. A ordem para elaboração de pareceres obedecerá à sequência acordada e registrada em Ata.

Art. 11 - A CFT/SEMUS reunir-se-á, ordinariamente, trimestralmente, extraordinariamente, por convocação do seu Presidente/Coordenador ou por requerimento da maioria dos membros.

Art. 12 - As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de metade mais um do total dos membros efetivos designados em Portaria.



**ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA**

Art. 13 - Todos os pareceres, a pauta da reunião e a Ata da reunião anterior serão disponibilizados para seus membros, via ofício com até 1 (uma) semana de antecedência da reunião.

Art. 14 - Cada membro titular terá direito a um voto, transferível a seu suplente, quando de sua ausência.

Parágrafo único: Os representantes de caráter consultivo não terão direito a voto.

Art. 15 - Cada membro terá direito a um voto: a favor, contra ou abster-se da votação. No caso de metade mais um dos membros se absterem da votação, a mesma será cancelada. Deverá ser marcada uma nova data para discussão e votação.

Art. 16 - As recomendações e pareceres da CFT/SEMUS serão definidas pela maioria simples do total dos seus membros presentes, depois de esgotada a argumentação técnica, consubstanciada em evidências científicas.

Art. 17 - Na persistência de empate na votação das recomendações e pareceres da CFT/SEMUS, o Presidente/Coordenador terá a prerrogativa do voto de qualidade.

Art. 18 - Nas situações em que os membros da CFT/SEMUS julgarem necessário, serão consultados especialistas, os quais poderão eventualmente participar das reuniões, com direito a voz.

Art. 19 - As reuniões da CFT/SEMUS serão registradas em atas sumárias, cuja elaboração ficará a cargo do Secretário(a) da Comissão, onde serão informados os membros presentes, os assuntos debatidos e as recomendações e os pareceres emitidos.

**DOS PRESSUPOSTOS, CRITÉRIOS E FLUXO DE TRABALHO PARA A
SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS**

Art. 20 - A seleção de medicamentos deve ter como referência a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME.

Art. 21 - A seleção de medicamentos deve objetivar:

- I. Uma resolutividade terapêutica adequada;
- II. Uma maior eficiência administrativa;
- III. A racionalidade na prescrição;
- IV. A racionalidade na utilização de fármacos e;
- V. A racionalização dos custos dos tratamentos.



ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA

Art. 22 - É de competência exclusiva da CFT a padronização de medicamentos do município.

§ 1º Somente serão incluídos na pauta da CFT **solicitações de inclusão, substituição ou exclusão de medicamentos** mediante o preenchimento adequado do formulário constante no **Anexo II**;

§ 2º Somente serão feitas substituições de itens, se houver a comprovação técnico-científica da obsolescência do item a ser substituído.

Art. 23 - Após o recebimento da solicitação de padronização de medicamentos:

§ 1º A solicitação será incluída na pauta da primeira reunião que suceder à solicitação;

§ 2º A solicitação será remetida à um, ou mais membros, para emissão de parecer;

§ 4º O parecer será apresentado à CFT para apreciação dos membros e ratificação;

§ 5º A critério do(s) parecerista(s), poderá ser convidado o solicitante para discussão conjunta;

§6º A C.F.T. terá sessenta (60) dias úteis, a contar da data da entrega do impresso, para julgar e responder mediante parecer escrito ao(s) solicitante(s).

Art. 24 - Para a **inclusão** de medicamentos na REMUME deverão ser observados os seguintes critérios:

I. Registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e acompanhamento do perfil no mercado;

II. Denominação pelo princípio ativo, conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), ou, na sua falta, conforme Denominação Comum Internacional (DCI);

III. Composição perfeitamente conhecida, excluindo-se, sempre que possível, as associações fixas;

IV. Baixa toxicidade;

V. Indicação fundamentada em critérios epidemiológicos, privilegiando aqueles medicamentos para doenças que configuram problemas de saúde pública, que atingem ou põem em risco as coletividades, e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores;

VI. Valor terapêutico comprovado, com suficientes informações clínicas na espécie humana e em condições controladas, sobre a atividade terapêutica e farmacológica;

VII. Disponibilidade de fortes evidências científicas de eficácia e segurança. Evitando estudos Níveis 4 (Relato de Casos – incluindo coorte ou caso-controle de menor qualidade) e 5 (Opinião de especialistas desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas – estudo fisiológico ou estudo com animais) conforme “Oxford Center for Evidence-based Medicine”;

VIII. Informações suficientes sobre as características farmacocinéticas, farmacodinâmicas e farmacotécnicas;

IX. Estabilidade em condições de estocagem e uso e facilidade de armazenamento;

X. Preferência a medicamentos clinicamente apropriados para o tratamento de mais de uma enfermidade;



ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA

XI. Formas farmacêuticas, apresentações e dosagem que facilitem a comodidade para a administração aos pacientes a que se destinam, o cálculo da dose a ser administrada e o fracionamento ou a multiplicação das doses;

XII. Preferencialmente estar disponível no mercado nacional;

XIII. Solicitação recomendada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica local com apresentação da cópia da Ata em que foi discutida a proposta de inclusão, quando couber;

XIV. Recomendação da CONITEC, caso exista;

XV. A justificativa de uso do medicamento deve seguir as indicações previstas em bula;

XVI. Preferência por medicamentos produzidos por múltiplos fabricantes.

XVII. Medicamentos para doenças consideradas de caráter individual que, a despeito de atingir número reduzido de pessoas, requerem tratamento longo ou até permanente, com o uso de medicamentos de custos elevados.

Parágrafo Único: Para a inclusão, também podem ser considerados os demais pressupostos estabelecidos pela Política Nacional de Medicamentos:

Art. 25 - A alteração ou inclusão de apresentação de medicamento da REMUME justificar-se-á quando o novo produto apresentar vantagem comprovada em termos de:

I. Menor risco/benefício;

II. Menor custo/tratamento;

III. Menor custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;

IV. Maior estabilidade;

V. Propriedades farmacológicas mais favoráveis;

VI. Menor toxicidade;

VII. Maior informação com respeito a suas vantagens e limitações, eficácia e eficiência;

VIII. Maior comodidade na administração;

IX. Facilidade de dispensação;

X. Disponibilidade no mercado nacional/internacional.

Art. 26 - A exclusão de medicamentos da REMUME deverá ocorrer sempre que houver evidências de que o produto:

I. Apresenta relação risco/benefício inaceitável;

II. Não apresenta vantagens farmacológicas e/ou econômicas comparativamente a outros produtos disponíveis no mercado;

III. Não apresenta demanda justificável

IV. Não está disponível no mercado nacional/internacional.

Art. 27 - A critério da CFT/SEMUS, a solicitação poderá retornar ao solicitante para complementação das informações.



ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA

Art. 28 - As recomendações e pareceres da CFT/SEMUS provenientes das solicitações serão submetidos à apreciação do Coordenador da Assistência Farmacêutica para homologação.

Art. 29 - Os pareceres homologados pelo Coordenador da Assistência Farmacêutica da serão encaminhados posteriormente ao Secretário de Saúde para Homologação. Após a homologação o parecer retorna para a CFT/SEMUS que encaminhará para o setor responsável para codificação, planejamento e encaminhamento de aquisição.

Parágrafo único - Após codificação, o setor responsável deverá devolver o processo à CFT para arquivamento.

Art. 30 - Nos casos de solicitações de inclusão de medicamento que tenham parecer negativo da CFT/SEMUS, novas solicitações do mesmo medicamento somente serão aceitas decorrido um período de doze meses, salvo nos casos em que houver fato novo informando sobre a possibilidade de risco de vida dos usuários envolvidos.

Art. 31 - Em casos de descontinuidade temporária ou definitiva de algum medicamento que não possua alternativa terapêutica padronizada, a CFT poderá solicitar inclusão emergencial de substituto.

§ 1º A solicitação ocorrerá por meio de formulário próprio, e terá prioridade de análise pela CFT/SEMUS.

§ 2º Se necessário, será convocada reunião extraordinária e a aprovação da inclusão do medicamento poderá ocorrer em até duas reuniões.

Art. 32 - Caso exista a necessidade da prescrição de medicamento que não conste na relação de medicamentos padronizados que, por sua natureza, devem ser adquiridos em caráter emergencial:

- I. Preencher o Anexo I – Solicitação de Compra de Medicamento Não-Padronizado;
- II. As solicitações de compra de medicamentos não-padronizados serão aceitas exclusivamente para atendimento às situações individuais não planejáveis, ou seja, onde não seja possível caracterizar falta de planejamento do setor da Administração Pública;
- III. O preenchimento deverá, obrigatoriamente, conter a justificativa da necessidade, bem como a impossibilidade de substituição por outro que conste na padronização;
- IV. Caso ocorra a entrega de formulário incompleto, este poderá ser negado recebimento ou mesmo impedida a inclusão em pauta de reunião da CFT;

Art. 33 - O formulário “Anexo I – Solicitação de Compra de Medicamento Não-Padronizado”, devidamente assinado, carimbado e com todos os campos preenchidos, deverá ser encaminhado à Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF).



**ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA**

§ 1º O responsável técnico e/ou presidente da CFT, lotado na CAF, ou na sua ausência o Vice-presidente, fará a avaliação do formulário e emissão do parecer por “Ad-Referendum”, ou convocação de reunião extraordinária, caso necessária.

§ 2º Após análise pela CFT, e caso haja aprovação da compra, o parecer será analisado pelo Secretário Municipal de Saúde, e se aprovado, o(s) medicamento(s) poderá(ão) ser adquirido(s) em quantidade suficiente para o tratamento de um único paciente.

§ 3º A autorização para aquisição destes medicamentos não implicará, necessariamente, em sua inclusão na REMUME, permanecendo esta inalterada.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 34. Este regimento poderá ser modificado por proposição dos membros da C.F.T. mediante deliberação em reunião convocada para este fim.

Art. 35. A revisão do presente regimento poderá ocorrer a cada 02 (dois) anos, a contar da data de sua publicação.

Art. 36. Os casos omissos serão resolvidos pela CFT.

Art. 37. Revogam – se as disposições em contrário.

Art. 38. O regimento entrará em vigor após sua aprovação da Comissão de Farmácia e terapêutica e publicação em Diário Oficial.

**ANDERSON FAZOLO WATTE
Secretário Municipal da Saúde**

Anexo I – Solicitação para Compra de Medicamento Não Padronizado



COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA
Solicitação Para Compra de Medicamento Não-Padronizado



Solicitação nº _____ (controle interno da CFT)

Nome do Paciente*:

Prontuário*:

UBS:

Nº Cart. do SUS:

Medicamento*:

Dose*:

Apresentação:

Período de Tratamento*:

Posologia*:

Justificativa* para compra do medicamento não-padronizado bem como da discordância pela substituição por medicamento similar ou equivalente padronizado:

Os campos destacados por “” são de preenchimento obrigatório.

Nome do Médico: _____ CRM: _____

Especialidade (campo obrigatório): _____

Assinatura: _____ Telefone: _____

Data: ____/____/____

Parecer da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

Data: ____/____/____ _____

Presidente CFT

() Aprovado () Reprovado

Secretário Municipal de Saúde

Anexo II – Solicitação de Inclusão, Exclusão ou Substituição de Medicamentos



Formulário para solicitação de alteração da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)



PROPOSTA DE: Inclusão Exclusão Substituição Data: ____/____/____

DESCRIÇÃO DO PRODUTO:

Nome genérico (DCB ou DCI):

Forma Farmacêutica:

Consta da última edição da RENAME? () Sim () Não

Consumo mensal estimado

DADOS FARMACOLÓGICOS:

Grupo(s) Farmacológico(s) (ATC)*:

Principais indicações terapêuticas:

Contra-indicações, precauções e/ou toxicidade relacionadas ao uso deste medicamento:

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Indicação terapêutica:

Dose diária definida: Neonatal Pediátrica Adultos

Dose máxima diária Limite terapêutico):

Duração do Tratamento:

O medicamento proposto pode ser comparado com outros medicamentos do mesmo grupo ou classe terapêutica constante:

1. Da RENAME? () Não () Sim, Qual(is).....

2. Da REMUME? () Não () Sim, Qual(is).....

Há medicamento de mesma classe ou mesma indicação terapêutica já padronizado? Sim() Não()

Se SIM, qual o padronizado?

Justifique qual a vantagem sobre o mesmo:.....

Caso o parecer seja favorável à padronização, o medicamento, atualmente disponível, poderia ser despadronizado? Sim() Não() Justifique:

Extensão do uso (dados epidemiológicos)*:

Estimativa de número de pacientes que utilizarão o medicamento:

DADOS DO PROPONENTE (Autor da solicitação):

Nome:.....

Cargo: lotação:

Data:..... local:

Assinatura do proponente:

Assinatura da chefia imediata:

ATENÇÃO: Anexar ata da CFT que conste a discussão do medicamento proposto.

*** Anexar cópia das referências bibliográficas empregadas. Ver sugestões para consultas.**

Glossário e Sugestões para Consultas Bibliográficas

DCB e DCI são siglas usadas para designar a denominação genérica, de acordo com a Denominação Comum Brasileira ou a Denominação Comum Internacional, respectivamente. A Lista das DCBs pode ser acessada em

<http://www.cff.org.br/pagina.php?id=172&menu=5&titulo=Resolu%C3%A7%C3%B5es+Sanit%C3%A1rias>

ATC é a sigla usada para o sistema de Classificação Anatômica Terapêutica Química (Anatomical Therapeutic Chemical), recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a realização de estudos farmacoepidemiológicos. Neste sistema, os medicamentos são alocados em diferentes grupos, de acordo com seus locais de ação e suas características terapêuticas e químicas. O ATC Index 2003 pode ser acessado em <http://www.whocc.no/atcddd/>

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

<http://www.anvisa.gov.br/scriptsweb/Medicamento.HTM>

Dose Diária Definida (DDD) - <http://www.whocc.no/atcddd/>

Nível de Evidência Científica por Tipo de Estudo - “Oxford Centre for Evidence-based Medicine” –

<http://portal2.saude.gov.br/rebrats/visao/estudo/recomendacao.pdf>

Sugestões para consultas bibliográficas:

<http://www.cochrane.org/> (Cochrane)

<https://bvsalud.org/> (Bireme)

<http://www.who.int> (World Health Organization)

<http://www.bnf.org/bnf/> (BNF Publications)

<http://www.fda.gov/> (FDA)

<http://www.who-umc.org/> (Upsalla Monitoring Center)

<http://www.unifesp.br/> (Universidade Federal de São Paulo)

<http://www.medscape.com/home> (DrugInfo)

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/> (Medline)

<http://www.amb.org.br/> (Consensos nacionais e internacionais e Diretrizes da Associação Médica Brasileira)

<https://www.crd.york.ac.uk/crdweb/Homepage.asp> (NHS Economic Evaluation Database)

<https://www.micromedexsolutions.com/home/dispatch/ssl/true> (Micromedex)

<https://www.uptodate.com/home> (Uptodate)

<https://dynamed.com/home/> (Dynamed)

<https://www.nccn.org/> Nccn (National Comprehensive Cancer Network)

TRISSEL, - Lawrence A. **Handbook on Injectable Drugs**. USA: ASHP, 2018.

PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO OU SUBSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTOS DATA: ____/____/____

RECEBIDO POR: _____ NOME DO MEMBRO DA CFT	MEDICAMENTO SOLICITADO:
---	-------------------------

CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO (CAF)

Encaminhado à Central de Abastecimento Farmacêutico em:/...../.....

Laboratório(s) fabricante(s)	Apresentação disponível	Preço de compra Aproximado/CMED

Medicamento disponível no SUS: () Sim Esfera: () Municipal () Estadual () Federal
() Não

Encaminhado à CFT em:/...../.....

Assinatura e carimbo do recebedor

COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Parecer:
.....
.....
.....

Assinatura e carimbo do Presidente da Comissão

Encaminhado a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) em:/...../.....

Assinatura e carimbo do recebedor



**ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOIS IRMÃOS DO TOCANTINS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA**

Anexo III - Termo de isenção de conflito de interesse

Nome: _____

Cargo: _____

1. Você, ou alguém de sua família, tem interesse financeiro ou de outra ordem em empresa farmacêutica ou de equipamentos para a saúde, o qual possa constituir potencial conflito de interesses?

Sim () Não ()

2. Você teve, nos últimos 4 anos, emprego ou outra relação profissional com empresa farmacêutica ou distribuidora de medicamentos?

Sim () Não ()

Se você respondeu “sim” a alguma das questões, dê, por favor, detalhes a seguir.

3. Tipo de vínculo/ relacionamento (patentes, empregos, brindes, pagamentos, consultorias, palestras):

3.1. Nome da empresa: _____

3.2. Pertence a você, sua família ou grupo de trabalho? O interesse é vigente no momento atual?

Sim () _____

Não ()

3.3. O interesse é vigente no momento atual?

Sim () Não ()

Se “não”, quando cessou o interesse?

4. Existe algum outro fato que possa afetar sua objetividade e independência nas decisões tomadas pela CFT?

Sim ()

Qual: _____

Não ()

Declaro que as informações acima são corretas e que não há qualquer outra situação que represente real, potencial ou aparente conflito de interesses por mim conhecidos.

Declaro que informarei à CFT se houver qualquer mudança nas circunstâncias acima declaradas.

Data: ___/___/___

Assinatura