



## Prefeitura Municipal de Auriflama

### Atos Oficiais

Outros Atos Oficiais ..... 2

### Licitações e Contratos

Extrato de Contrato ..... 60

Extrato de termo aditivo ..... 61

## Expediente

Produção editorial: **DIÁRIO OFICIAL**.

Este documento é veiculado exclusivamente na forma eletrônica.

## Acervo

Esta e outras edições poderão ser consultadas no seguinte endereço eletrônico:

[www.auriflama.sp.gov.br/diario-oficial-eletronico](http://www.auriflama.sp.gov.br/diario-oficial-eletronico)

As consultas são gratuitas e não necessitam de cadastros

## Entidades

### APAE de Auriflama

CNPJ: 49.965.742/0001-40

Telefone: (17) 3482-1735

Celular:

E-mail: [apae.auriflama@outlook.com](mailto:apae.auriflama@outlook.com)

Clemente Antunes Costa, nº 63-129 - Santa Maria - CEP: 15350-220

Auriflama - SP

Site: [apaeauriflama.org.br](http://apaeauriflama.org.br)

### Câmara Municipal de Auriflama

CNPJ: 51.842.334/0001-43

Telefone: (17) 3482-1279

Celular:

E-mail: [cmauriflama@gmail.com](mailto:cmauriflama@gmail.com)

Rua João Pacheco de Lima, nº 56-31 - Centro - CEP: 15350-009

Auriflama - SP

Site: <https://www.cmauriflama.sp.gov.br>

### Prefeitura Municipal de Auriflama

CNPJ: 45.660.594/0001-03

Telefone: (17) 3482-9000

Celular:

E-mail: [prefeitura@auriflama.sp.gov.br](mailto:prefeitura@auriflama.sp.gov.br)

Av. João Pacheco de Lima, nº 44-65 - Centro - CEP: 15350-000

Auriflama - SP

Site: <https://www.auriflama.sp.gov.br>



## Prefeitura Municipal de Auriflama

### Atos Oficiais

#### Outros Atos Oficiais



**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
DR. LUIZ JOO IKEMORI  
RUA: ALFREDO DAINEZZI, 59-51 – CENTRO  
CEP: 15350-029 – AURIFLAMA – SP  
Fone: 17-3482-4992  
E-mail: [dir.saude@auriflama.sp.gov.br](mailto:dir.saude@auriflama.sp.gov.br)**

### **RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS REMUME 2025 PREFEITURA DE AURIFLAMA**

Auriflama, abril de 2025

**Katia Conceição Morita de Carvalho**

**PREFEITA DO MUNICÍPIO DE AURIFLAMA**

**Paulo Eduardo Tomaz da Silva**

**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Nivaldo Teodoro Vaz**

**PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**



## COLABORADORES

Juliana Silva de Brito – **Farmacêutica da Atenção Básica à Saúde**

Raiza Aparecida Duran Tussi – **Farmacêutica da Atenção Básica à Saúde**

Mara Lucia Gandolfo – **Nutricionista da Atenção Básica à Saúde**

André Luiz Molinari - **Assistente Social da Atenção Básica à Saúde**

Dariane Cristina da Silveira Batista Yonekawa - **Coordenadora da Atenção Básica à Saúde**

Fernando Nassar Ferreira – **Médico Diretor Clínico da Atenção Básica à Saúde**

Patrícia Da Silva Alves – **Médica da Atenção Básica à Saúde**

Carlos Henrique Ortunho Wedekin – **Médico da Atenção Básica à Saúde**

Marcos Osorio Rocca dos Reis – **Médico da Atenção Básica à Saúde**

Paulo Henrique Carvalho Landim – **Médico da Atenção Básica à Saúde**

Bruno Dias Rossi – **Oftalmologista da Atenção Básica à Saúde**

Antônio Sérgio Marino – **Médico da Atenção Básica à Saúde**

Pedro Appendino Neto – **Médico da Atenção Básica à Saúde**

Bruno Appendino – **Cardiologista da Atenção Básica à Saúde**

Maria Aparecida Braga Appendino – **Pediatra da Atenção Básica à Saúde**

Edwaldo Paz Landim – **Pediatra da Atenção Básica à Saúde**

Juliano Zanella Lazarin - **Médico da Atenção Básica à Saúde**

Daiana Fernandes Salema – **Médico da Atenção Básica à Saúde**

Morisa Martins Leão Carvalho – **Ginecologista e obstetra da Atenção Básica à Saúde**

Eliziário Barbosa de Siqueira Júnior – **Ginecologista e obstetra da Atenção Básica à Saúde**

Marcílio Cesar Ribeiro – **Ortopedista e traumatologista da Atenção Básica à Saúde**

Inês Aparecida Maschio – **Gerente da Unidade Básica de Saúde**



## SÚMARIO

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS REMUME.....	04
ORIENTAÇÕES PARA PRESCRIÇÕES DE MEDICAMENTOS .....	04
ORIENTAÇÃO PARA LEITURA DA REMUME.....	05
SEÇÃO 1 – REMUME POR ANEXOS	
ANEXO I – Relação Municipal do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.....	06
ANEXO II –Relação Municipal de Insumos dispensados na unidade básica de saúde, voltados a pacientes diabéticos.....	16
ANEXO III – Relação Municipal de suplementos alimentares e fórmulas infantis, voltados para pacientes de ato administrativo.....	16
ANEXO IV– Restrições da Remume municipal.....	21
REFERÊNCIAS.....	22



## RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS – REMUME

A Assistência Farmacêutica municipal tem por objetivo promover o uso racional de medicamentos, facilitando o acesso, qualidade e a humanização no atendimento. As ações envolvem a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação dos medicamentos com orientação e acompanhamento da utilização, permitindo o tratamento eficaz das doenças mais comuns que afetam a população do município, conforme Resolução Ministério da Saúde nº 338, de 06 de maio de 2004. A REMUME busca ampliar o acesso aos medicamentos considerados essenciais para os usuários de Auriflamma, de forma que seu elenco consiga alcançar um maior número de usuários que necessitam de um tratamento medicamentoso, além de orientar a organização de todas as etapas da assistência farmacêutica, especialmente as prescrições médicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo fundamental que seja amplamente divulgada para usuários, profissionais de saúde e gestores, na esperança de que seja norteadora da prescrição médica no âmbito do SUS municipal. Os medicamentos constantes na REMUME serão fornecidos aos usuários gratuitamente.

## ORIENTAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

A prescrição de medicamentos para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Auriflamma deve ser de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e a Relação Municipal de medicamentos (REMUME), que deverá ser norteadora das prescrições de medicamentos nos serviços de saúde do SUS. As receitas devem estar prescritas de acordo com aspectos legais e técnicos, contendo as seguintes informações:

- a) Utilizar receituário padrão, em papel timbrado do Município, contendo a identificação do Serviço de Saúde com nome, endereço e telefone;
- b) Conter a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou a denominação genérica do medicamento sendo vetado de abreviaturas ou códigos;
- c) Ser individual, escrita em caligrafia legível, a tinta ou digitada, sem rasuras e/ou emendas, observadas a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais, indicando a forma farmacêutica, posologia, o modo de usar e a duração do tratamento.
- d) Conter a data de sua emissão, identificação (nome completo e número do registro no conselho de classe correspondente ou de próprio punho) e assinatura do prescritor;
- e) Conter o nome completo do(a) paciente;



f) O receituário de medicamentos antimicrobianos e controlados, ou a estes equiparados e os demais sob regime de controle, de acordo com a sua classificação, obedecerão às disposições da legislação federal específica, apresentando em duas (02) vias;

g) Emitir as receitas de medicamentos para tratamento de condições crônicas contendo os dizeres “uso contínuo” ou determinar a quantidade de medicamento suficiente para o período de tratamento;

h) Quando a dosagem do medicamento prescrito ultrapassar os limites farmacológicos ou a prescrição apresentar incompatibilidades o responsável técnico pelo estabelecimento solicitará confirmação expressa ao profissional que prescreveu.

## ORIENTAÇÃO PARA LEITURA DA REMUME

A REMUME é apresentada em 1 seção. De forma geral, ao longo do documento, os itens são apresentados com sua denominação genérica, concentração e/ou composição, forma farmacêutica e/ou descrição e suas respectivas restrições.

Seção 1, a REMUME é apresentada em um anexo:

I – Relação Municipal do Componente Básico da Assistência Farmacêutica;

## SEÇÃO 1 – REMUME POR ANEXOS

**ANEXO I** – Relação Municipal do Componente Básico da Assistência Farmacêutica

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica é constituído por uma relação de medicamentos (ANEXO I) voltados aos principais agravos de saúde da Atenção Básica municipal.

**ANEXO II** – Relação Municipal de Insumos dispensados na unidade básica de saúde, voltados a pacientes diabéticos.

**ANEXO III** – Relação Municipal de suplementos alimentares e fórmulas infantis, voltados para pacientes de ato administrativo.

**ANEXO IV**– Restrições da Remume municipal.



### ANEXO I

ORDEM	DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO	RESTRIÇÃO
1.	Acebrofilina	Solução oral 50 mg/5mL	
2.	Acebrofilina	Solução oral 5 mg/mL	
3.	Acetato de betametasona+fosfato dissodico de betametasona	Solução injetável 3 mg/ml+3 mg/ml	
4.	Acetato de ciproterona+ Etinilestradiol (Selene)	Comprimido 2 mg+0,035 mg	
5.	Acetato de hidrocortisona, Lidocaína base, Subgalato de bismut, Óxido de zinco	Tubo 5 mg/g+ 20 mg/g+ 20 mg/g+ 100 mg/g	R11
6.	Acetilcisteína	Sachê 600 mg	
7.	Aciclovir	Comprimido 200 mg	
8.	Aciclovir pomada	Pomada 50 mg/g	
9.	Ácido acetilsalicílico	Comprimido 100 mg	
10.	Ácido ascórbico	Solução injetável 100 mg/mL (vitamina C)	R1 e R6
11.	Ácido ascórbico (vitamina C)	Comprimido 500 mg	
12.	Ácido tranexâmico	Solução injetável 50 mg/mL	R1 e R6
13.	Ácido tranexâmico	Comprimido 250 mg	
14.	Ácido Fólico	Comprimido 5 mg	
15.	Ácido valproico	Comprimido 250 mg	
16.	Ácido valproico	Solução oral ou xarope 57,624 mg/mL (equivalente a 50 mg ácido valproico/mL)	
17.	Ácidos graxos essenciais + ácido linoleico + vitamina A + vitamina E (óleo de girassol)	Solução oleosa	R1, R5 e R7
18.	Água para injeção	Ampola 10 mL	R1 e R6
19.	Água para injeção	Ampola 5 mL	R1 e R6
20.	Albendazol	Comprimido mastigável 400 mg	
21.	Albendazol	Solução oral 40 mg/mL	
22.	Alopurinol	Comprimido 300 mg	
23.	Alprazolam	Comprimido 1 mg	
24.	Ambroxol (Pediátrico)	Solução oral 3 mg/mL	



25.	Ambroxol (Adulto)	Solução oral 6 mg/mL	
26.	Aminofilina	Comprimido 100 mg	
27.	Aminofilina	Solução injetável 24 mg/mL	R1 e R6
28.	Amiodarona	Comprimido 200 mg	
29.	Amitriptilina	Comprimido 25 mg	
30.	Amoxicilina	Cápsula 500 mg	
31.	Amoxicilina	Pó para solução oral 250 mg/5 mL	
32.	Amoxicilina + clavulanato de potássio	Comprimido 500 mg + 125 mg	
33.	Amoxicilina + clavulanato de potássio	Suspensão oral 400 mg/5ML + 57 mg/5 mL	
34.	Anlodipino	Comprimido 10 mg	
35.	Aripiprazol	Comprimido 15 mg	
36.	Atenolol	Comprimido 50 mg	
37.	Azitromicina	Comprimido 500 mg	
38.	Azitromicina	Pó para solução oral 200 mg/5mL	
39.	Benzilpenicilina benzatina	Pó para suspensão injetável 1.200.000UI	R1 e R6
40.	Biperideno	Comprimido 2 mg	
41.	Bisacodil	Comprimido 5 mg	R9
42.	Bisoprolol, hemifumarato	Comprimido 5 mg	R 11
43.	Brometo de Ipratrópio	Solução inalante 0,25 mg/mL	
44.	Bromoprida	Solução oral 4 mg/mL	
45.	Bromoprida	Solução injetável 10 mg/2mL	R1 e R6
46.	Bromoprida	Comprimido 10 mg	
47.	Bronfeniramina+ fenilefrina (Decongex)	Solução oral 2 mg/ml+2,5 mg/ml	
48.	Bupropiona	Comprimido 150 mg	
49.	Butilbrometo de escopolamina	Solução injetável 20 mg/mL	R1 e R6
50.	Butilbrometo de escopolamina	Solução oral 10 mg/mL	
51.	Butilbrometo de escopolamina	Comprimido 10 mg	
52.	Butilbrometo de escopolamina + dipirona	Solução injetável 4 mg/mL + 500 mg/mL	R1 e R6



53.	Butilbrometo de escopolamina + dipirona	Solução oral 6,67 mg/mL + 333,4 mg/mL	
54.	Butilbrometo de escopolamina + dipirona	Comprimido 10 mg+250 mg	
55.	Cafeína + Carisoprodol + Diclofenaco sódico + Paracetamol (compatível ou similar ao sedilax, torsilax)	Comprimido 30 mg+125 mg+50 mg+300 mg	
56.	Captopril	Comprimido 25 mg	
57.	Carbamazepina	Suspensão oral 20 mg/mL	
58.	Carbamazepina	Comprimido 200 mg	
59.	Carbonato de cálcio	Comprimido 500 mg	
60.	Carbonato de lítio	Comprimido 300 mg	
61.	Carmelose Sódica	Solução oftálmica 5 mg/ml	
62.	Carvedilol	Comprimido 3,125 mg	
63.	Carvedilol	Comprimido 6,25 mg	
64.	Carvedilol	Comprimido 12,5 mg	
65.	Carvedilol	Comprimido 25 mg	
66.	Cefalexina	Suspensão oral 50 mg/mL	
67.	Cefalexina	Cápsula 500 mg	
68.	Cefalotina	Pó para solução injetável 1grama	R1 e R6
69.	Ceftriaxona sódica	Pó para solução injetável 1grama	R1 e R6
70.	Ceftriaxona sódica	Pó para solução injetável 500 mg	R1 e R6
71.	Celecoxibe	Comprimido 200 mg	
72.	Cetoconazol	Comprimido 200 mg	
73.	Cetoconazol	Creme 2%	
74.	Cetoprofeno	Solução injetável IM 50 mg/ml	R1 e R6
75.	Cetoprofeno	Solução injetável IV 100 mg/ml	R1 e R6
76.	Cetoprofeno	Comprimido 100 mg	
77.	Cetoprofeno	Solução oral 20 mg/ml	
78.	Cianocobalamina + piridoxina + tiamina	Solução injetável 5000 mcg+100 mg+ 100 mg	R1, R6 E R11
79.	Ciclobenzaprina	Comprimido 10 mg	
80.	Ciclobenzaprina	Comprimido 5 mg	
81.	Cilostazol	Comprimido 100 mg	



82.	Cimetidina	Solução injetável 150 mg/ml	R1 e R6
83.	Cimetidina	Comprimido 200 mg	
84.	Cinarizina	Comprimido 75 mg	
85.	Ciprofloxacino	Comprimido 500 mg	
86.	Ciprofloxacino+dexametasona (Cilodex)	Solução oftálmica 3,5 mg/ml(0,35)+ 1 mg/ml(0,1%)	
87.	Citalopram	Comprimido 20 mg	
88.	Colagenase	Tubo 0,6 U/g	R1, R5 e R6
89.	Colagenase + cloranfenicol	Tubo 0,6 UI + 0,01 g	R1, R5 e R6
90.	Colecalciferol	Cápsula 10.000 UI	
91.	Clomipramina	Comprimido 25 mg	
92.	Clonazepam	Comprimido 2 mg	
93.	Clonazepam	Solução oral 2,5 mg/ml	
94.	Clopidogrel	Comprimido 75 mg	
95.	Cloreto de potássio	Solução injetável 19,1%	R1 e R6
96.	Cloreto de sódio (Sorine)	Solução nasal 0,9%	
97.	Cloreto de sódio 0,9%	Frasco 250ml para inalação	
98.	Cloreto de Sódio 0,9%	Ampolas 10 ml	R1 e R6
99.	Cloreto de Sódio 0,9%	Bolsa de 100 ml	R1 e R6
100.	Cloreto de Sódio 0,9%	Bolsa 250 ml	R1 e R6
101.	Cloreto de Sódio 0,9%	Bolsa 500 ml	R1 e R6
102.	Cloreto de Sódio 0,9%	Bolsa 1000 ml	R1 e R6
103.	Cloridrato de Duloxetina	Comprimido 30 mg	
104.	Cloridrato de Paroxetina	Comprimido 20 mg	
105.	Clorpromazina	Comprimido 100 mg	
106.	Clorpromazina	Comprimido 25 mg	
107.	Complexo B (Vitamina B1 + vitamina B2 + Vitamina B3 + Pantotenato de cálcio + Vitamina B6)	Comprimido 4 mg + 2 mg + 10 mg + 2 mg + 1 mg	
108.	Complexo B (Vitamina B1 + vitamina B2 + Vitamina B6 + nicotinamida + D-pantenol)	Solução injetável (4 mg + 1 mg + 2 mg + 20 mg + 3 mg)/mL	R1 e R6
109.	Desvenlafaxina monoidratado	Comprimido 50 mg	
110.	Desvenlafaxina monoidratado	Comprimido 100 mg	
111.	Dexametasona	Comprimido 4 mg	
112.	Dexametasona	Suspensão oftálmica 1 mg/ml	



113.	Dexametasona	Creme 1%	
114.	Dexametasona	Solução injetável 4 mg/mL	R1 e R6
115.	Dexametasona	Solução injetável 2 mg/mL	R1 e R6
116.	Dexclorfeniramina	Solução oral 0,4 mg/mL	
117.	Dexclorfeniramina	Comprimido 2 mg	
118.	Dexclorfeniramina + betametasona	solução oral 2 mg+0,25/5ml	
119.	Diazepam	Comprimido 10 mg	
120.	Diazepam	Solução injetável 5 mg/mL	R1 e R6
121.	Diclofenaco Dietilamônio	Gel 11,6 mg/g	R15
122.	Diclofenaco sódico	Solução injetável 25 mg/mL	R1 e R6
123.	Diclofenaco sódico	Comprimido 20 mg	
124.	Dicloridrato de betaistina	Comprimido 24 mg	
125.	Dienogeste	Comprimido 2 mg	R14
126.	Digoxina	Comprimido 0,25 mg	
127.	Dimenidrinato + Piridoxina <b>(Dramim)</b>	Solução oral 25 mg/ml+5 mg/ml	
128.	Dimenidrinato + Piridoxina <b>(Dramim)</b>	Comprimido 50 mg+10 mg	
129.	Dimenidrinato + Piridoxina +Glicose+Frutose <b>(Dramim B6)</b>	Solução injetável 3 mg/ml+5 mg/ml+100 mg/ml+100 mg/ml	R1 e R6
130.	Diosmina + hesperidina (Daflon)	Comprimido 450 mg + 50 mg	
131.	Dipirona sódica	Solução injetável 500 mg/mL	R1 e R6
132.	Dipirona sódica	Solução oral 500 mg/mL	
133.	Dipirona sódica	Comprimido 500 mg	
134.	Dipropionato de betametasona+fosfato dissodico de betametasona	Solução injetável 5 mg/mL +2 mg/ml	R1 e R6
135.	Divalproato de Sódio	Comprimido 250 mg	
136.	Domperidona	Comprimido 10 mg	
137.	Domperidona	Solução oral 1 mg/mL	
138.	Doxazosina	Comprimido 2 mg	
139.	Doxazosina	Comprimido 4 mg	
140.	Doxiciclina	Comprimido 100 mg	
141.	Deltametrina shampoo	Solução 0,2 mg/ml	
142.	Enalapril	Comprimido 20 mg	



143.	Enoxaparina	Solução injetável 40 mg/0,4ml	R7
144.	Espironolactona	Comprimido 50 mg	
145.	Estriol	1 mg/g	
146.	Estrogênios conjugados	Comprimido 0,0625 mg	
147.	Etinilestradiol + levonorgestrel	Comprimido 0,03 mg + 0,15 mg	
148.	Fenilefrina+ paracetamol +clorfeniramina ( <b>Cimegripe</b> )	Comprimido 4 mg+400 mg+4 mg	
149.	Fenitoína	Comprimido 100 mg	
150.	Fenobarbital	Comprimido 100 mg	
151.	Finasterida	Comprimido 5 mg	
152.	Fluconazol	Cápsula 150 mg	
153.	Fluoxetina	Cápsula 20 mg	
154.	Fosfato de sódio monobásico + fosfato de sódio dibásico	Solução 160 mg/mL + 60 mg/mL	R1 E R6
155.	Furosemida	Solução injetável 10 mg/mL	R1 e R6
156.	Gentamicina	Solução injetável 40 mg/2mL	R1 e R6
157.	Gliclazida	Comprimido de liberação prolongada 30 mg	
158.	Gliclazida	Comprimido de liberação prolongada 60 mg	
159.	Glicose	Solução injetável 25%	R1 e R6
160.	Glimepirida	Comprimido 2 mg	
161.	Gluconato de cálcio	Solução injetável 10%	R1 e R6
162.	Haloperidol	Solução injetável 5 mg/ml	R1 e R6
163.	Haloperidol	Comprimido 5 mg	
164.	Haloperidol	Comprimido 1 mg	
165.	Haloperidol decanoato	Solução injetável 70,52 mg/mL	R1 e R6
166.	Hidrocortisona	Pó para solução injetável 500 mg	R1 e R6
167.	Hidrocortisona +neomicina+polimixina ( <b>otosporin</b> )	Suspensão otológica 10 mg/ml+5 mg/ml+10000 ui/ml	
168.	Hidroxicloroquina	Comprimido 400 mg	
169.	Hidróxido de alumínio	Suspensão oral 6%	
170.	Ibuprofeno	Solução oral 50 mg/mL	
171.	Ibuprofeno	Comprimido 300 mg	
172.	Ibuprofeno	Comprimido 600 mg	



173.	Imipramina	Comprimido 25 mg	
174.	Indapamida	Comprimido 1,5 mg	
175.	Insulina humana NPH caneta	Suspensão injetável 100UI/mL	R12
176.	Insulina humana regular caneta	Suspensão injetável 100UI/mL	R12
177.	Insulina humana NPH	Suspensão injetável 100UI/mL	R1, R6 e R12
178.	Insulina humana regular	Solução injetável 100 UI/mL	R1, R6 e R12
179.	Isossorbida	Comprimido 20 mg	
180.	Ivermectina	Comprimido 6 mg	
181.	Lactulose 667mg	Solução 667 mg c/120ml	
182.	Levodopa + benserazida	Comprimido 200 mg + 50 mg	
183.	Levofloxacino	Comprimido 500 mg	
184.	Levomepromazina	Comprimido 100 mg	
185.	Levomepromazina	Comprimido 25 mg	
186.	Levotiroxina sódica	Comprimido 25 mcg	
187.	Levotiroxina sódica	Comprimido 50 mcg	
188.	Levotiroxina sódica	Comprimido 75 mcg	
189.	Levotiroxina sódica	Comprimido 100 mcg	
190.	Lidocaína	Gel 2%	R1 e R6
191.	Lidocaína	Solução injetável 2% c/v	R1, R5 e R6
192.	Lidocaína	Solução injetável 2% s/v	R1, R5 e R6
193.	Loperamida	Comprimido 2 mg	R9
194.	Loratadina	Xarope 1 mg/mL	
195.	Loratadina	Comprimido 10 mg	
196.	Medoxomila de olmesartana	Comprimido 40 mg	
197.	Medroxiprogesterona	Solução injetável 150 mg/mL	
198.	Meloxicam	Comprimido 15 mg	
199.	Metildopa	Comprimido 250 mg	
200.	Metildopa	Comprimido 500 mg	
201.	Metilfenidato	Comprimido 10 mg	
202.	Metoclopramida	Comprimido 10 mg	
203.	Metronidazol	Gel vaginal 100 mg/g	
204.	Metronidazol	Comprimido 250 mg	
205.	Metronidazol (benzoilmetronidazol)	Suspensão oral 40 mg/mL	
206.	Miconazol	Crema vaginal 2%	



207.	Neomicina + bacitracina zínica	Pomada 5 mg/g + 250UI/g	
208.	Neomicina + Tartarato De Bismuto E Sódio + Procaína + Mentol (Bismu jet)	Solução 25 mg/mL + 25 mg/mL + 15 mg/mL	
209.	Nicotina	Adesivo transdérmico 7 mg	R10
210.	Nicotina	Adesivo transdérmico 14 mg	R10
211.	Nicotina	Adesivo transdérmico 21 mg	R10
212.	Nifedipino	Comprimido 20 mg	
213.	Nimesulida	Suspensão oral 50 mg/ml	
214.	Nimesulida	Comprimido 100 mg	
215.	Nistatina	Creme vaginal 25.000UI/g	
216.	Nitazoxanida	Suspensão 20 mg/ml	
217.	Nitrofurantoína	Cápsula 100 mg	
218.	Noretisterona	Comprimido 0,35 mg	
219.	Noretisterona, enantato + Estradiol, valerato	solução injetável (50 mg + 5mg)/mL	
220.	Norfloxacino	Comprimido 400 mg	
221.	Nortriptilina	Comprimido 25 mg	
222.	Omeprazol	Cápsula 20 mg	
223.	Ondansetrona	Solução injetável 2 mg/mL	R1 E R6
224.	Ondansetrona	Comprimido 8 mg	
225.	Oseltamivir	Cápsula 30 mg	
226.	Oseltamivir	Cápsula 45 mg	
227.	Oseltamivir	Cápsula 75 mg	
228.	Oxalato de escitalopram	Comprimido 10 mg	
229.	Oxcarbazepina	Comprimido 300 mg	
230.	Pantoprazol	Comprimido 40 mg	
231.	Paracetamol	Comprimido 500 mg	
232.	Paracetamol	Solução oral 200 mg/mL	
233.	Periciazina ( <b>Neuleptil</b> )	Comprimido 10 mg	
234.	Periciazina	Solução oral 10 mg/mL	
235.	Quetiapina	Comprimido 25 mg	R11
236.	Polivitamínico (Vitamina A + Vitamina D3 + Vitamina B1 + Vitamina B2 +	Solução oral (3.500UI + 900UI + 3 mg + 2 mg + 14 mg + 50 mg)/mL	



	Nicotinamida + Vitamina C		
237.	Polivitamínico (Vitamina A + Vitamina D3 + Vitamina B1 + Vitamina B2 + Nicotinamida + Vitamina C)	Comprimido (3.500UI + 900UI + 3 mg + 2 mg + 14 mg + 50 mg)	
238.	Prednisona	Comprimido 20 mg	
239.	Prednisona	Comprimido 5 mg	
240.	Prednisolona, fosfato sódico	Solução oral 3 mg/mL	
241.	Pregabalina	Comprimido 75 mg	
242.	Pregabalina	Comprimido 150 mg	
243.	Prometazina	Comprimido 25 mg	
244.	Prometazina	Solução injetável 25 mg/mL	R1 E R6
245.	Protetor solar	Loção cremosa FPS 50	R2 e R8
246.	Propatilnitrato	Comprimido 10 mg	
247.	Proximetacaína, cloridrato	Frasco 5 mg/ml	R3
248.	Repelente adulto	Frasco 100 ml	R11
249.	Retinol (vitamina A) + Colecalciferol (vitamina D) + óxido de zinco ( <b>Pomada de assadura</b> )	Pomada 1.000 UI/g + 400UI/g + 100 mg/g	
250.	Retinol, acetato + aminoácidos + metionina + cloranfenicol ( <b>Regencel</b> )	Pomada oftálmica 10.000UI + 25 mg + 5 mg 5 mg	R3
251.	Rifampicina+Isoniazida	Comprimido 150 mg+75 mg	R4
252.	Rifamicina sódica	Frasco 10 mg/ml - spray -	R1, R5, R6 E R11
253.	Risedronato Sódico	Comprimido 150 mg	
254.	Rivaroxabana	Comprimido 10 mg	R11
255.	Rivaroxabana	Comprimido 20 mg	
256.	Rosuvastatina	Comprimido 10 mg	
257.	Sacarato de hidróxido férrico	Solução injetável 100 mg/5mL (IV)	R1 e R6
258.	Saccharomyces boulardii liofilizado ( <b>Repoflor</b> )	Cápsula 200 mg	
259.	Saccharomyces boulardii liofilizado infantil ( <b>Repoflor</b> )	Sachê 200 mg	
260.	Sais para reidratação oral	Pó para solução oral	
261.	Secnidazol	Comprimido 1.000 mg	
262.	Sertralina	Comprimido 50 mg	



263.	Simeticona	Solução oral 75 mg/mL	
264.	Simeticona	Comprimido 40 mg	
265.	Succinato de Metoprolol	Comprimido de liberação prolongada 100 mg	
266.	Sulfadiazina de prata	Creme 1%	R1, R5 e R6
267.	Sulfametoxazol + trimetoprima	Suspensão oral (40 mg + 8 mg)/mL	
268.	Sulfametoxazol + trimetoprima	Comprimido 400 mg + 80 mg	
269.	Sulfato ferroso	Solução oral 12,5 mg/5mL	
270.	Sulfato ferroso	Comprimido 40 mg	
271.	Sulfato de glicosamina+ Sulfato de Condroitina	Comprimido 500 mg+400 mg	
272.	Talidomida	Comprimido 100 mg	R2
273.	Tetracaína, cloridrato + Fenilefrina, cloridrato ( <b>colírio anestésico</b> )	Solução oftálmica 1% + 0,1%	R3
274.	Tiamina	Comprimido 300 mg	
275.	Tiabendazol	Pomada 50 mg/g	
276.	Tibolona	Comprimido 2,5 mg	
277.	Timomodulina	Comprimido 80 mg	R16
278.	Tobramicina	Colírio 0,3 mg/mL	
279.	Trimetazidina	Comprimido 35 mg	
280.	Tramadol	Solução injetável 50 mg/ml	R1 e R6
281.	Tramadol	Comprimido 50 mg	
282.	Trazodona	Comprimido 50 mg	R11
283.	Valsartana	Comprimido 80 mg	
293.	Valsartana	Comprimido 320 mg	
294.	Varfarina sódica	Comprimido 5 mg	
295.	Venlafaxina	Cápsula liberação prolongada 75 mg	
296.	Venlafaxina	Cápsula liberação prolongada 150 mg	



## ANEXO II – INSUMOS

ORDEM	DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO	RESTRIÇÃO
1.	Agulha Ultra-fine	4 mm	R12
2.	Lanceta	Para punção digital	R6 e R12
3.	Seringa com agulha 1 ml	Para aplicação de insulina	R6 e R12
4.	Tiras de Glicemia	Para verificação de níveis glicêmicos	R6 e R12

## ANEXO III – SUPLEMENTOS ALIMENTARES E FORMULAS INFANTIS

FORMULA NUTRICIONAL	APRESENTAÇÃO	RESTRIÇÃO	QUANTIDADE /MÊS
ALBUMINA	500 G	R18	2 UN
MODULO DE PROTEÍNA PARA DIETA ORAL E ENTERAL- SEM SABOR-	240 OU 250 G	R18	2 UN
FÓRMULA PADRÃO NUTRICIONALMENTE COMPLETA E BALANCEADA PARA USO ENTERAL E ORAL INDICADA PARA ADULTOS COM 1,0KCAL, NORMOPROTEICA E NORMOLIPÍDICA - (COMPATÍVEL OU SIMILAR AO ISOSOURCE 1.0)	400 G	R18	4 UN
FÓRMULA INFANTIL DE PARTIDA EM PÓ PARA CRIANÇAS DE 0 ATÉ 6 MESES COM PREBIÓTICOS EM SUA COMPOSIÇÃO, DHA E ARA	800 G	R21	4 UN
FÓRMULA INFANTIL EM PÓ DE SEGUIMENTO PARA CRIANÇAS DE 6 A 12 MESES COM PREBIÓTICOS EM SUA COMPOSIÇÃO, DHA E ARA	800 G	R21	4 UN
FÓRMULA INFANTIL EM PÓ PARA LACTENTES INTOLERANTES A LACTOSE, DE 0 A 12 MESES. ISENTA DE LACTOSE - LATA 400G	400 G	R20	8 UN



FÓRMULA INFANTIL PARA CRIANÇAS DE 0 A 36 MESES COM REFLUXOS E/OU REGURGITAÇÃO - LATA 800G	800 G	R19	4 UN
NUTRIÇÃO PARA VIA ORAL E ENTERAL, COMPLETA E BALANCEADA PARA PACIENTES PORTADORES DE DIABETES E TOLERÂNCIA ANORMAL A GLICOSE, NORMOCALÓRICO NA DILUIÇÃO PADRÃO PODENDO ALCANÇAR ATÉ 1,5KCAL/ML, HIPERPROTEICO COM 20% SENDO FONTE EXCLUSIVA DE ORIGEM ANIMAL, 34% DE LIPÍDEOS E 46% DE CARBOIDRATOS, CONTENDO UMA ÚNICA MISTURA DE CARBOIDRATOS DE LIBERAÇÃO LENTA COM FIBRAS COMO: FOS, MALTITOL, MALTODEXTRINA MODIFICADA E POLISSACARÍDEO DE SOJA. ISENTA DE SACAROSE E GLÚTEN. SABOR BAUNILHA. EMBALAGEM LATA 400G - ( COMPATÍVEL OU SIMILAR AO GLUCERNA )	400 G	R12	4 UN
FÓRMULA LÍQUIDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL PARA DIETAS HIPERCALÓRICAS ENRIQUECIDO COM FIBRAS SOLÚVEIS E INSOLÚVEIS, COM ALTA DENSIDADE CALÓRICA SENDO 1,5 KCAL/ML - FRASCO COM 1 LITRO (COMPATÍVEL OU SIMILAR AO ISOSOURCE 1.5)	1 L	R18	30 UN
ALIMENTO NUTRICIONALMENTE COMPLETO E BALANCEADO PARA USO ENTERAL EM PÓ, FÓRMULA COM DISTRIBUIÇÃO DO VCT DE 15% DE PROTEÍNA, 55% CARBOIDRATOS E 30% LIPÍDEOS. FORMULADO COM UM MIX DE PROTEÍNA ANIMAL E VEGETAL SENDO 53% PROTEINA ISOLADA DE SOJA E COM 47% DE ORIGEM ANIMAL (32%CASEINATO DE CALCIO E 15% PROTEINA DO SORO DO LEITE). FÓRMULA NORMOSSÓDICA E ISENTA DE	800 G	R18	8 UN



FIBRAS. BAIXO TEOR DE GORDURA SATURADA DE 4%. ISENTO DE SACAROSE, LACTOSE E GLÚTEN. APRESENTAÇÃO EM EMBALAGEM 800G. - <b>(COMPATÍVEL OU SIMILAR AO TROPHIC BASIC)</b>			
FÓRMULA LÍQUIDA NUTRICIONALMENTE COMPLETA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL, NORMOCALÓRICA COM 1,2 KCAL/ML, NORMOPROTEICA CONSTITUÍDO COM 100% PROTEÍNA DE SOJA, ISENTO DE FIBRAS – EMBALAGEM TETRAPARK 1 LITRO <b>(COMPATÍVEL OU SIMILAR: TROPHIC SOYA, ISOSOURCE SOYA)</b>	1 L	R18	30 UN
SUPLEMENTO ALIMENTAR EM PÓ INDICADO PARA PESSOAS ACIMA DE 50 ANOS, RICO EM VITAMINAS, CÁLCIO, MINERAIS, FIBRAS, ZINCO, BIOTINA - SEM SABOR - <b>(COMPATÍVEL OU SIMILAR NUTREN SÊNIOR, SUSTAP SÊNIOR)</b>	370 G	R22	4 UN
PÓ ESPESSANTE PARA LÍQUIDOS	125 G	R23	2 UN



## ANEXO IV RESTRIÇÕES

R1	Dispensação no ESFs
R2	Uso restrito para pacientes com Hanseníase
R3	Uso restrito do Oftalmologista
R4	Uso restrito para pacientes com tuberculose
R5	Uso exclusivo para sala de curativos
R6	Uso exclusivo para Pronto Atendimento da Unidade
R7	Ato administrativo
R8	EPI (Equipamento de proteção individual para agentes)
R9	Uso exclusivo para preparo de exame
R10	Programa de Tabagismo
R11	Processo de licitação (inclusão na REMUME)
R12	Uso restrito para pacientes Diabéticos, insulino dependentes
R13	Uso restrito para pacientes oncológicos
R14	Pacientes com endometriose
R15	Uso restrito para Fisioterapeutas
R16	Uso restrito para pacientes imunodeprimidos
R17	Uso restrito para pacientes com Hanseníase
R18	Uso restrito para pacientes desnutridos e oncológicos
R19	Uso restrito para crianças com refluxo
R20	Uso restrito para crianças com intolerância a lactose
R21	Uso restrito para criança, cuja mãe devido a problemas patológicos é impossibilitada de amamentar.
R22	Uso restrito para pessoas acima de 50 anos
R23	Uso restrito para pessoas com disfagia

**OBS 1: Todas as restrições têm que vir acompanhada do laudo médico e CID.**

**OBS 2: Remédios que estão em falta na farmácia do Posto de Saúde não deixaram de ser comprados por descuido ou negligência. A ausência ocorre, muitas vezes, porque o medicamento não está disponível no mercado, impossibilitando a aquisição do mesmo quando há recursos e intenção de compra.**



## REFERÊNCIAS:

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Bulário eletrônico. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br>

Brasil. Ministério da Saúde. Rename (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2021). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/assistencia-farmaceutica-nosus/rename>

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt>



**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

**DR. LUIZ JOO IKEMORI**

**RUA: ALFREDO DAINEZZI, 59-51 – CENTRO**

**CEP: 15350-029 – AURIFLAMA – SP**

**Fone: 17-3482-4992**

**[E-mail: dir.saude@auriflama.sp.gov.br](mailto:dir.saude@auriflama.sp.gov.br)**

**PROTOCOLO DE DISPENSAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL E SUPLEMENTO  
ALIMENTAR NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE  
AURIFLAMA/SP**



## INTRODUÇÃO

O alimento constitui-se em um elemento essencial à vida humana, sem o acesso a uma alimentação adequada em termos de qualidade e quantidade, o ser humano não apresenta as condições necessárias para desenvolver suas capacidades, potencialidades e aspirações, tendo em vista que pacientes bem nutridos se recuperam melhor de doenças, mostram-se mais resistentes às infecções e tendem a permanecer menos tempo hospitalizados.

A Terapia Nutricional Enteral (TNE) consiste em um conjunto de estratégias terapêuticas voltadas à preservação ou restauração do estado nutricional do paciente, por meio do uso de nutrição enteral. Essa forma de nutrição envolve o uso de alimentos para fins especiais, de uso controlado, isolado ou combinado, formulados para administração por via oral ou por sonda, podendo ser a única fonte de alimentação ou complementar, especialmente em casos de desnutrição ou com outras condições clínicas, em ambientes hospitalares, ambulatoriais ou domiciliares (Brasil, 2021).

Essa abordagem é recomendada para pessoas com o trato gastrointestinal funcional, mas que apresentam dificuldade ou impossibilidade de se alimentar adequadamente por via oral. O início precoce da TNE pode reduzir o estresse fisiológico e contribuir para a preservação e/ou recuperação do estado nutricional (Mogensen; Robinson, 2024).

Além disso, a TNE ajuda a preservar a funcionalidade do trato gastrointestinal, mantendo o fluxo sanguíneo, a liberação de hormônios e a secreção de substâncias como colecistoquinina, gastrina e ácidos biliares, entre outros, auxiliando na preservação da integridade da barreira epitelial e na permeabilidade intestinal, reduzindo efeitos do catabolismo ou hipermetabolismo, que, associados a processos inflamatórios, podem agravar o quadro de pacientes críticos. (Campos et al., 2018).

A terapia nutricional enteral é indicada quando a ingestão oral não fornece pelo menos 60% das necessidades energéticas do paciente, enquanto a suplementação oral (SOD) é recomendada quando essa ingestão não atinge 70% das necessidades (Van Aanholt et al., 2018).

Quando a ingestão de alimentos é reduzida, isso pode estar relacionado a diversas condições de saúde, como problemas neurológicos, doenças inflamatórias intestinais,



câncer, queimaduras, disfagia grave, ou outras condições de saúde, com ou sem desnutrição (Van Aanholt et al., 2018).

Tanto a nutrição enteral quanto a suplementação podem ser realizadas em domicílio. Nessas situações, recomenda-se o uso de dietas industrializadas, por possuírem composição nutricional padronizada, assegurando o aporte adequado de macronutrientes e micronutrientes. Além disso, são seguras do ponto de vista microbiológico, e possuem viscosidade apropriada para administração por sonda, minimizando o risco de contaminação. (Van Aanholt et al., 2018).

A Lei Federal 8080/90 elucida a alimentação como um dos fatores condicionantes da saúde (art. 3º, caput) e estabelece a vigilância nutricional e orientação alimentar (art. 6º) como atribuições específicas do SUS. Sendo assim, ao Estado (gênero) cabe formular, avaliar e apoiar as políticas de alimentação e nutrição, e em casos nos quais a alimentação apresenta status de fármaco, como na situação das dietas enterais, este deve fornecê-la, conforme os princípios e normas do SUS.

O Protocolo de Fórmulas Nutricionais tem como objetivos dispor sobre as normas pertinentes à prescrição e dispensação de suplementos nutricionais, dietas enterais e fórmulas infantis, para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) residentes no município de Auriflama, bem como acompanhar o estado nutricional destes, por meio de consultas e/ou visitas domiciliares e orientações.

Contudo, vale destacar que o Protocolo tem como diretriz a alimentação das crianças o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e complementado até os 2 anos.

### DEFINIÇÕES

- **Terapia Nutricional (TN):** Refere-se a intervenções nutricionais específicas projetadas para tratar doenças, lesões ou condições de saúde visando manter ou melhorar o estado nutricional do paciente, prevenir e tratar a desnutrição e melhorar a resposta imunológica, entre outros benefícios.



- **Suplementos Nutricionais**: São os alimentos que se destinam a complementar com macro e micronutrientes a dieta de um indivíduo, em casos onde sua ingestão, a partir da alimentação, seja insuficiente ou ainda quando a dieta requer suplementação. Não devem substituir os alimentos, nem ser utilizados como forma exclusiva de alimentação .

- **Dietas Enterais**: Alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, isoladamente ou em combinação, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar.

- **Dietas Elementares ou Monoméricas**: Essas dietas são caracterizadas pela presença de macronutrientes em suas formas mais simples e hidrolisadas. As proteínas consistem principalmente em aminoácidos livres, os carboidratos estão em formas simples (glicose), e os lipídios aparecem como ácidos graxos essenciais, além de incluir vitaminas e minerais. Geralmente são indicadas para pacientes com sérias dificuldades de digestão e absorção, pois os nutrientes não requerem digestão e são prontamente absorvidos no intestino delgado.

- **Dietas Oligoméricas ou Peptídicas (semi - elementar)**: Nestas dietas, as proteínas estão principalmente na forma de hidrolisados, como os de lactoalbuminas e soja. Os carboidratos podem ser tanto complexos quanto simples, enquanto os lipídios são majoritariamente encontrados na forma de triglicerídeos de cadeia média (TCM) e ácidos graxos essenciais. São indicadas para pacientes com dificuldades digestivas e absorptivas, pois os nutrientes mais simples são mais facilmente digeridos e absorvidos pelo organismo.

- **Dietas Poliméricas**: Aqui, os macronutrientes estão em sua forma intacta e requerem digestão antes da absorção. As proteínas podem ser encontradas como caseinatos, soja e lactoalbuminas; os lipídios podem incluir óleos de milho, canola ou girassol, com ou sem adição de TCM e AGE. Os carboidratos são apresentados como maltodextrina ou sacarose, podendo também conter fibras. Estas dietas são a escolha mais comum para a maioria dos pacientes que não possuem problemas digestivos graves.



- **Dietas Modulares:** Essas dietas são compostas por módulos de macro e micronutrientes, incluindo proteínas intactas ou aminoácidos, carboidratos, lipídios, vitaminas, minerais, fibras e glutamina. Os módulos podem ser usados para complementar uma dieta já existente ou atuar como suporte nutricional.

- **Fórmula Infantil:** É o produto, em forma líquida ou em pó, utilizado sob prescrição, especialmente fabricado para satisfazer as necessidades nutricionais dos lactentes.

### Vias de Administração

**Sonda Nasogástrica e Nasoentérica:** São posicionadas no estômago ou intestino, (duodeno ou jejuno), passando pelo nariz e esôfago. Existe também a sonda nasogastrojejunal, que permite drenagem do estômago e alimentação no jejuno simultaneamente (Matarese; Gottschlich, 2016).

**Gastrostomias:** Essas sondas podem ser inseridas por várias técnicas, como gastrostomias percutânea endoscópica, radiológica percutânea, cirúrgicas abertas ou laparoscópicas diretamente no estômago (Matarese; Gottschlich, 2016).

**Jejunostomias:** Inseridas por técnicas endoscópicas percutâneas, por meio de uma sonda de gastrostomia ou através de cirurgia aberta diretamente no jejuno (Matarese; Gottschlich, 2016).

### OBJETIVOS

- Padronizar o fornecimento de fórmulas nutricionais pelo Município de Auriflama, sendo eles: suplementos nutricionais, dietas enterais e fórmulas infantis.
- Definir as indicações clínicas e nutricionais e estabelecer critérios de inclusão, exclusão, acompanhamento e alta de usuários do SUS de Auriflama para o fornecimento de fórmulas nutricionais.
- Definir o fluxo e o envio de documentos para o fornecimento e a continuidade deste.



## ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE

### ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO

- I - Orientar os pacientes e os familiares ou o responsável legal, quanto aos riscos e benefícios do procedimento;
- II - Participar do preenchimento do protocolo de solicitação de dieta enteral ou suplementação.

### ATRIBUIÇÕES DO NUTRICIONISTA

- I - Realizar a avaliação do estado nutricional do paciente, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional;
- II - Elaborar a prescrição dietética;
- III- Acompanhar a evolução nutricional do paciente em TNE, independente da via de administração, até alta nutricional;
- IV – Ajustar ou modificar a prescrição dietética;
- V - Garantir o registro claro e preciso de todas as informações relacionadas à evolução nutricional do paciente;
- VI - Orientar o paciente, a família ou o responsável legal, quanto à preparação e à utilização da NE prescrita;
- VII - Participar do preenchimento do protocolo de solicitação de dieta enteral ou suplementação.

### ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

- I - Orientar o paciente, a família ou o responsável legal quanto à utilização e controle da TNE;
- II - Prescrever os cuidados de enfermagem na TNE, em nível domiciliar;
- III - Proceder ou assegurar a colocação da sonda oro/nasogástrica ou transpilórica;
- IV - Assegurar a manutenção da via de administração;
- V - Garantir a troca do curativo e/ou fixação da sonda enteral, com base em procedimentos pré-estabelecidos.



## **ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL**

- I – Coleta de receituário, laudo de solicitação nutricional;
- II – Coleta de documentos pessoais do paciente, sendo: RG, CPF, cartão do SUS e comprovante de residência;
- III – Emissão de parecer social quanto à solicitação;
- IV – Encaminhamento do processo ao departamento de saúde para avaliação.

## **ATRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO**

- I – Adquirir, armazenar e distribuir, criteriosamente, a NE industrializada;
- II – Emitir parecer;
- III – Elaborar termo de compromisso para dispensação (Anexo III).

## **ATRIBUIÇÕES DO DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE**

- I – Analisar a propositura;
- II – Realizar avaliação técnica para liberação;
- III – Deferir, devolver ou indeferir;
- IV – Encaminhar ao setor de farmácia para dispensação.



### INDICAÇÕES CLÍNICAS E NUTRICIONAIS POR FAIXA ETÁRIA

Tabela 1 – Critérios clínicos e nutricionais por faixa etária

	<b>CRIANÇAS: 0 a 2 anos</b>	<b>CRIANÇAS: 2 a 10 anos</b>	<b>Pessoas maiores de 10 anos</b>
1 – Para Nutrição Enteral	Pacientes com ingestão via oral suspensa em <b>uso exclusivo</b> de Sonda nasogástrica (SNG) ou nasoentérica (SNE), gastrostomia ou jejunostomia, apresentando, pelo menos, <b>01 (um) critério clínico e nutricional</b> descrito abaixo:	Pacientes com ingestão via oral suspensa em <b>uso exclusivo</b> de Sonda nasogástrica (SNG) ou nasoentérica (SNE), gastrostomia ou jejunostomia, apresentando, pelo menos, <b>01 (um) critério clínico e nutricional</b> descrito abaixo:	Pacientes com ingestão via oral suspensa em <b>uso exclusivo</b> de Sonda nasogástrica (SNG) ou nasoentérica (SNE), gastrostomia ou jejunostomia, apresentando, pelo menos, <b>01 (um) critério clínico e nutricional</b> descrito abaixo:
2 – Para Nutrição Oral	Pacientes com ingestão via oral preservada, apresentando pelo menos <b>01 (um) critério clínico e nutricional</b> descrito abaixo:	Pacientes com ingestão via oral preservada, apresentando pelo menos <b>01 (um) critério clínico e nutricional</b> descrito abaixo:	Pacientes com ingestão via oral preservada, apresentando pelo menos <b>02 (dois) critérios clínicos e nutricionais</b> descritos abaixo:
3 – Critérios clínicos	<p>1- Alergia à proteína do leite de vaca ou intolerância à lactose (diagnóstico clínico confirmado de Alergia Alimentar ou laudo do Gastroenterologista).</p> <p>2 - Impossibilidade de aleitamento materno (óbito materno, mãe hospitalizada ou em uso de medicação que impeça a amamentação conforme Protocolo Assistencial da Saúde da Mulher).</p> <p>3 - Doença materna ou da criança que contra indica a amamentação.</p> <p>4 – Disfagia neurológica grave – prematuridade extrema (22 – 28 semanas).</p> <p>5 – Baixo peso (IMC: percentil &lt; 3).</p> <p>6 – Doenças metabólicas ou disabsortivas.</p> <p>7 – Pós operatório imediato do Trato Gastrointestinal.</p> <p>8 – Refluxo Gastroesofágico.</p>	<p>1 -Baixo peso (IMC: Percentil &lt; 3 ).</p> <p>2 – Alergia à proteína do leite de vaca ou intolerância à lactose (diagnóstico clínico confirmado de alergia alimentar ou laudo do Gastroenterologista).</p> <p>3 – Doenças metabólicas ou disabsortivas.</p> <p>4 – Disfagia neurológica.</p> <p>5 – Neoplasia maligna.</p> <p>6 – Pós operatório imediato do Trato Gastrointestinal.</p> <p>7 – IRC severa ou estágio 4 (filtração glomerular de 15 a 29 ml/min) com necessidade de restrição hídrica importante, que não permita o manejo com dieta artesanal.</p>	<p>1 – Baixo peso: (11-17 anos: IMC: Percentil &lt; 3; 18-59 anos: IMC: &lt; 18,5 kg/m<sup>2</sup>; &gt;60 anos: IMC&lt; 22 kg/m<sup>2</sup>).</p> <p>2 – Presença de lesão/úlceras por pressão.</p> <p>3 – Doenças metabólicas ou disabsortivas.</p> <p>4 – Disfagia neurológica.</p> <p>5 – Neoplasia maligna.</p> <p>6 – Pré ou Pós operatório do Trato Gastrointestinal ou transplante.</p> <p>7 – IRC severa ou estágio 4 (filtração glomerular de 15 a 29 ml/min) com necessidade de restrição hídrica importante, que não permita o manejo com dieta artesanal.</p>

**Referência:** Protocolo de dispensação de fórmulas alimentares industrializadas do Município de Contagem-MG.



## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

### INCLUSÃO

- Residir no município de Auriflândia;
- Ser usuário cadastrado na Unidade Básica de Saúde (UBS) de abrangência ao local onde reside;
- Possuir Laudo para solicitação de fórmulas nutricionais (anexo II) corretamente preenchido, legível e com assinatura do Médico e Nutricionista (profissionais apenas do Sistema Único de Saúde);
- **NÃO SERÃO ACEITOS SOLICITAÇÕES POR MARCA COMERCIAL;**
- Estar de acordo com os critérios clínicos do protocolo.

### EXCLUSÃO

- Receber alta da equipe de saúde da UBS ou de Unidade de referência por evolução positiva do estado nutricional.
- Não realizar o acompanhamento clínico na Unidade Básica de Saúde (UBS) de abrangência ao local onde reside;
- Usuário/cuidador não aceitar o tratamento e acompanhamento proposto pelo programa.
- Transferência/mudança para local fora da área de abrangência da UBS de Auriflândia;
- O paciente/responsável que **NÃO** retirar os insumos por mais de 30 dias, sem justificativa, terão os insumos excluídos
- Óbito.

## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DO PROCESSO

O paciente que atender a todos os critérios estabelecidos no protocolo deverá apresentar os seguintes documentos:

- Cópia do documento de identidade;
- Cópia CPF;
- Cópia Cartão do SUS;
- Cópia do comprovante de endereço;
- Relatório médico original (opcional);
- Laudo para solicitação de fórmulas nutricionais (anexo II);
- Cópia da carteirinha de vacinação atualizada;
- Quando se tratar de crianças o laudo deverá ser preenchido pelo médico pediatra de referência para dispensação de fórmulas nutricionais e, junto com os documentos acima detalhados, apresentar a caderneta de saúde da criança (cópia da página principal e do gráfico de crescimento devidamente preenchido).

**Observação: o preenchimento do laudo para solicitação de fórmulas nutricionais (anexo II) deverá ser feito em duas vias. Sendo que uma via será anexada ao prontuário do paciente e a outra direcionada à Farmácia Municipal.**



## AVALIAÇÃO DO ATO ADMINISTRATIVO

O caso clínico será avaliado na Unidade de Saúde pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) considerando os critérios clínicos estabelecidos neste protocolo para dispensação das fórmulas nutricionais. Quando necessário deverá ser realizada a avaliação do Médico Pediatra e Nutricionista de referência da UBS.

A documentação do processo será analisada na Secretaria da Saúde do Município pelo Diretor Municipal, para deferimento ou indeferimento da solicitação, em seguida será encaminhado para Farmácia Municipal para compra do mesmo se deferido.

## ACOMPANHAMENTO E REAVALIAÇÃO

O acompanhamento e monitoramento do paciente deverá ser realizado por meio de visita domiciliar ou atendimento na UBS, conforme necessidade.

O usuário deverá ser submetido a uma reavaliação para renovação do Ato administrativo na Farmácia Municipal no período de 3 em 3 meses, ou conforme avaliação clínica. A reavaliação é imprescindível para que o fornecimento das fórmulas nutricionais seja de acordo com a necessidade do usuário.

**Critério para VISITA DOMICILIAR:** acamados restritos ao leito.

### Documentação necessária:

- I - Cópia do documento de identidade e do comprovante de endereço;
- II - Cópia Cartão do SUS;
- III - Laudo de reavaliação (anexo II);
- IV - Quando se tratar de crianças o laudo deverá ser preenchido pelo médico pediatra de referência para dispensação de fórmulas nutricionais e, junto com os documentos acima detalhados, apresentar a caderneta de saúde da criança (cópia da página principal e do gráfico de crescimento devidamente preenchido).



## DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

DR. LUIZ JOO IKEMORI

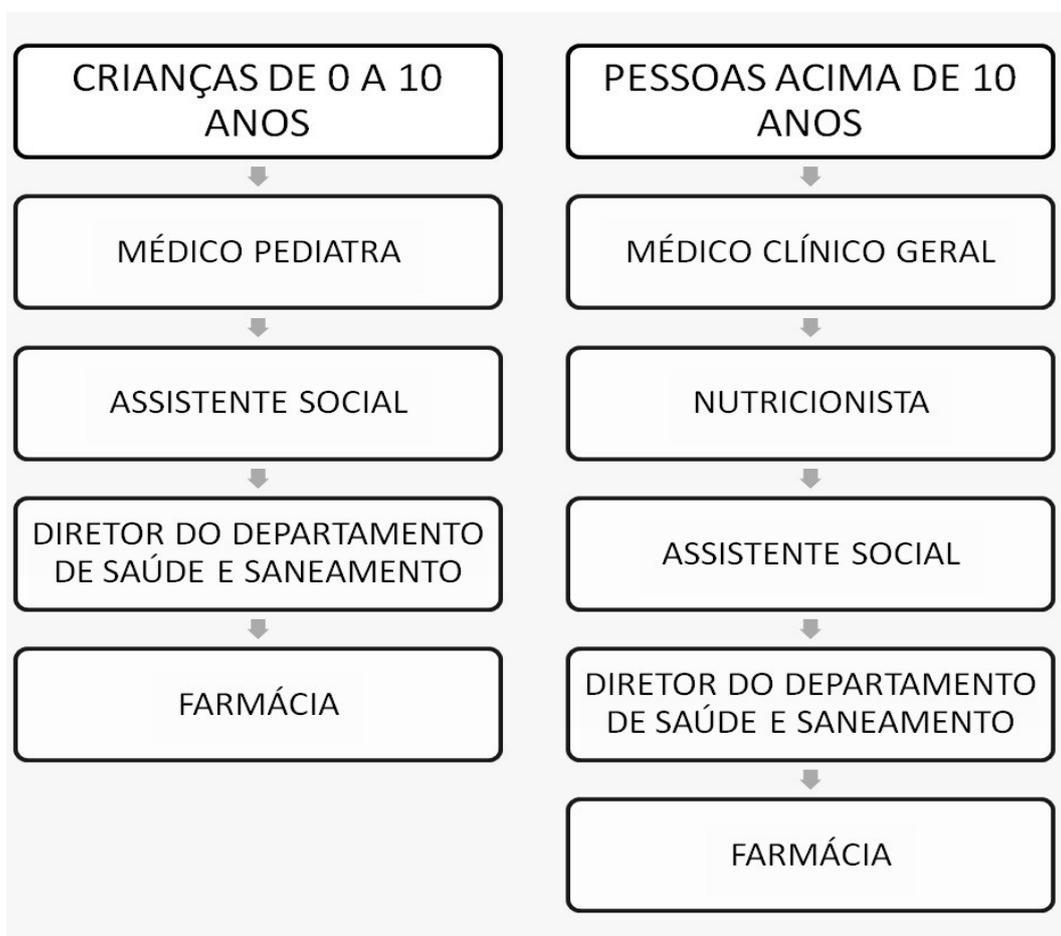
RUA: ALFREDO DAINEZZI, 59-51 – CENTRO

CEP: 15350-000 – AURIFLAMA – SP

Fone: 17-3482-9860

E-mail: [saude@auriflama.sp.gov.br](mailto:saude@auriflama.sp.gov.br)

### FLUXOGRAMA





## DISPENSAÇÃO

É vedada a dispensação/fornecimento de prescrição para menores de 18 anos desacompanhados, bem como aquelas que contrariem as normas legais e técnicas estabelecidas.

Não é permitido, sob hipótese alguma, comercializar ou doar os produtos recebidos, sob pena de incorrer nas penalidades legais cabíveis, uma vez que os produtos dispensados são de uso exclusivo do paciente cadastrado.

A quantidade de produto recebida na data de inclusão poderá a qualquer momento sofrer alteração — como acréscimos, reduções ou suspensões — dependendo da evolução do paciente e de acordo com os critérios para o fornecimento de fórmulas alimentares industrializadas descritos no protocolo do programa.

Portanto, a quantidade de produto dispensado ao mês pode variar de acordo com a idade, diagnóstico e evolução do quadro clínico. Salienta-se que poderão ocorrer casos em que **não** serão dispensados 100% da quantidade de produtos que o paciente necessita e utiliza por mês, tendo em vista que o programa é um auxílio — exceto nas situações em que os pacientes possuam necessidades especiais nas quais a sua única via de alimentação seja a via enteral. As quantidades máximas a serem dispensadas mensalmente estão descritas no anexo IV.

As fórmulas infantis são entregues somente aos pais ou responsável autorizado por escrito pelos mesmos, e aos responsáveis legais pelo paciente adulto.



## REFERÊNCIAS

ALMIRANTE TAMANDARÉ. Protocolo do programa municipal de dietas especiais. Estado do Paraná. 2014.

BRASIL. Resolução n.º 503, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral.

BRASIL. Instrutivo sobre cuidado às crianças com desnutrição na Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2023.

CAMPOS, A. C. L. C.; *et al.* Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional Domiciliar. BRASPEN, v. 33, n. 1, p. 37-46, 2018.

CONTAGEM. Protocolo de dispensação de fórmulas alimentares industrializadas. Estado de Minas Gerais.

IKEDA, C. M. *et al.* Dysphagia and improvement of nutritional status: Techno-functional characteristics of commercial thickeners. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, 2021.

MATARESE, L. E.; GOTTSCHLICH, M. M. Alimentação enteral. In.: ROSS, A. C. *et al.* Nutrição Moderna de Shils na saúde e na doença. 11ª ed. São Paulo: Manole, 2016. Cap. 83.

MEIRA, R. C. F. *et al.* Contribuição dos diferentes alimentos segundo a classificação Nova para a ingestão de fibras alimentares em adolescentes. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 26, n. 8, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.09592020>.

MOGENSEN, K. M.; ROBINSON, M. K. Nutrição enteral. Disponível em: <<https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbios-nutricionais/suporte-nutricional/nutri%C3%A7%C3%A3o-enteral>> Acesso em: 24/06/2024.

PEDRO LEOPOLDO, Prefeitura Municipal. Protocolo Clínico de Dispensação de Fórmulas Nutricionais.

SÃO PAULO. Formulário para Avaliação de Solicitação de Nutrição Enteral por Paciente de Instituições Públicas ou Privadas. Estado de São Paulo. 2012.

VAN AANHOLT, D. P. J. *et al.* Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional Domiciliar. BRASPEN, v. 33, n. 1, p. 37-46, 2018.

VASCONCELOS, M. I. L. Nutrição Enteral. In: CUPPARI, L. Guia de Nutrição: clínica no adulto. Barueri – SP: Manole, 2014. Cap.22.



## ANEXOS

### **ANEXO I – Dieta Enteral e Suplemento Alimentar Padronizados**

Os produtos recebidos da Secretaria Municipal de Saúde serão de acordo com as especificações técnicas dos produtos e não pelo nome comercial prescrito, podendo durante o tratamento apresentar nomes comerciais diferentes, porém com a garantia de similaridade (Lei nº 8.666/93).

#### **Suplementos nutricionais, dietas enterais e fórmulas infantis**

##### **Dieta Enteral Hipercalórica Líquida para adultos**

Dieta enteral líquida, polimérica, padrão, nutricionalmente completa, hipercalórica (>1,2 a 1,5 Kcal/ml), normoproteica (10 a 16%), isenta de sacarose, lactose e glúten. Com ou sem adição de fibras. Sistema aberto.

##### **Dieta Enteral Normocalórica em pó para adultos**

Nutrição enteral em pó, fórmula padrão, nutricionalmente completa e balanceada, para uso enteral e oral, normocalórica (1,0 kcal/ml) na diluição padrão, normoproteica (10 a 16%) normossódica, isenta de fibras, lactose, sacarose e glúten.

##### **Fórmula Padrão em Pó Para Nutrição Enteral e Oral para Adultos**

Fórmula padrão, em pó, nutricionalmente completa e balanceada para nutrição enteral e oral, normocalórica 1.0kcal/ml (na diluição padrão), normoproteica e normolipídica. Contendo 51% proteína do soro do leite de vaca e 49% caseinato de cálcio obtido do leite de vaca, 86% maltodextrina e 14% sacarose. Isento de lactose e fibras.

##### **Suplemento Alimentar Especializado em pó para Adultos**

Nutrição em pó para uso via oral e enteral, desenvolvido para pacientes **DIABÉTICOS** que necessitam de controle glicêmico. Fórmula normocalórica na diluição padrão e hiperproteica. Isento de sacarose, frutose e glúten.

##### **Suplemento Alimentar Especializado em pó para Adultos**

Nutrição em pó para uso via oral desenvolvido para pacientes acima de 50 anos, rico em vitaminas, cálcio, minerais, fibras, zinco, biotina.

##### **Suplemento Alimentar Especializado em pó para Adultos**

Nutrição em pó para uso via oral, desenvolvido para pacientes desnutridos e oncológicos os quais necessitam de proteína para dieta oral e enteral.



## **Fórmula Infantil AR**

Fórmula infantil anti-regurgitação, em pó, com agente espessante constituído principalmente de polissacarídeos do tipo galactomananas.

Indicada para lactantes de 0 a 12 meses. Isenta de glúten.

## **Fórmula Láctea infantil de partida (0 – 6 meses)**

Fórmula infantil a base de proteínas lácteas, em pó, com prebióticos. Indicada para lactentes desde o nascimento até o 6º mês de vida. Atende todas as recomendações do Codex Alimentarius. Isenta de glúten e sacarose.

## **Fórmula Láctea infantil de seguimento (6 – 12 meses)**

Fórmula infantil de seguimento, em pó, enriquecida com ferro, à base de proteínas lácteas, com prebióticos. Indicada para lactentes a partir de 6º mês de vida. Atende todas as recomendações do Codex Alimentarius. Isenta de glúten e sacarose.

## **Fórmula Láctea infantil (0 – 12 meses)**

Fórmula infantil em pó para lactentes intolerantes à lactose.



### ANEXO II – LAUDO DE SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS

PREFEITURA MUNICIPAL DE AURIFLAMA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE FORMULAS NUTRICIONAIS – LFN</b>	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO</b>	
Nome completo:	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data de nascimento: ___/___/___
CPF: _____	RG: _____
CNS: _____	
Endereço:	
Bairro: _____	Município: _____
CEP: _____	
Telefone (s): _____	
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA</b>	
Doença principal:	CID: _____
Outro (s) Diagnóstico (s): _____	CID (s): _____
Assinalar o agravo que justifica a indicação da terapia nutricional:	
<input type="checkbox"/> Afagia / Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito digestivo	
<input type="checkbox"/> Afagia / Disfagia por doença neurológica <input type="checkbox"/> Síndrome de má absorção	
<input type="checkbox"/> Desnutrição moderada a grave <input type="checkbox"/> Transtorno de mobilidade intestinal	
<input type="checkbox"/> Outro: _____	
<b>AVALIAÇÃO NUTRICIONAL</b>	
Peso (kg): _____ <input type="checkbox"/> atual <input type="checkbox"/> estimado	Estatura (cm): _____ <input type="checkbox"/> atual <input type="checkbox"/> estimado
IMC (kg/m <sup>2</sup> ): _____	
Diagnóstico nutricional: _____	
Possui úlcera por pressão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não      Locais: _____	
<b>VIA DE ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL</b>	
<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> TNE+VO <input type="checkbox"/> TNE EXCLUSIVA <input type="checkbox"/> TNE+TPP	
Via de acesso Sonda:	
<input type="checkbox"/> Nasogástrica <input type="checkbox"/> Nasoentérica <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia	
Descritivo da fórmula solicitada	Volume e fracionamento/dia
<b>IDENTIFICAÇÃO DO (S) PROFISSIONAL (IS) SOLICITANTE (S)</b>	
Nome do estabelecimento: _____	CNES: _____
Nome do profissional: _____	CNS: _____
Nome do profissional: _____	CNS: _____
Nome do profissional: _____	CNS: _____
Data: ___/___/____	
e/ou	
Assinatura e carimbo (Médico)	Assinatura e carimbo (Nutricionista)



## ANEXO III

### TERMO DE COMPROMISSO

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do (a) usuário ou responsável legal), declaro ter sido informado (a) claramente sobre as condições de fornecimento de fórmulas nutricionais. Estou de acordo que a fórmula nutricional somente pode ser utilizada por mim, comprometendo-me a devolvê-la caso não queira ou não possa utilizá-la, ou se a indicação for interrompida. Nestes casos, estou ciente de que a interrupção, por qualquer motivo, deverá ser comunicada imediatamente à Farmácia Central do Município de Auriflama, para que seja feita a exclusão do cadastro do paciente beneficiado com o fornecimento de fórmulas nutricionais.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do usuário ou do responsável legal: \_\_\_\_\_

Documento de identificação do usuário ou do responsável legal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do usuário ou do responsável legal



## ANEXO IV – SUPLEMENTOS ALIMENTARES E FORMULAS INFANTIS

FORMULA NUTRICIONAL	APRESENTAÇÃO	RESTRIÇÃO	QUANTIDADE /MÊS
ALBUMINA	500 G	R18	2 UN
MODULO DE PROTEÍNA PARA DIETA ORAL E ENTERAL- SEM SABOR-	240 OU 250 G	R18	2 UN
FÓRMULA PADRÃO NUTRICIONALMENTE COMPLETA E BALANCEADA PARA USO ENTERAL E ORAL INDICADA PARA ADULTOS COM 1,0KCAL, NORMOPROTEICA E NORMOLIPÍDICA - ( COMPATÍVEL OU SIMILAR AO ISOSOURCE 1.0)	400 G	R18	4 UN
FÓRMULA INFANTIL DE PARTIDA EM PÓ PARA CRIANÇAS DE 0 ATÉ 6 MESES COM PREBIÓTICOS EM SUA COMPOSIÇÃO, DHA E ARA	800 G	R21	4 UN
FÓRMULA INFANTIL EM PÓ DE SEGUIMENTO PARA CRIANÇAS DE 6 A 12 MESES COM PREBIÓTICOS EM SUA COMPOSIÇÃO, DHA E ARA	800 G	R21	4 UN
FÓRMULA INFANTIL EM PÓ PARA LACTENTES INTOLERANTES A LACTOSE, DE 0 A 12 MESES. ISENTA DE LACTOSE - LATA 400G	400 G	R20	8 UN
FÓRMULA INFANTIL PARA CRIANÇAS DE 0 A 36 MESES COM REFLUXOS E/OU REGURGITAÇÃO - LATA 800G	800 G	R19	4 UN
NUTRIÇÃO PARA VIA ORAL E ENTERAL, COMPLETA E BALANCEADA PARA PACIENTES PORTADORES DE DIABETES E TOLERÂNCIA ANORMAL A GLICOSE, NORMOCALÓRICO NA DILUIÇÃO PADRÃO PODENDO ALCANÇAR ATÉ 1,5KCAL/ML, HIPERPROTEICO COM 20% SENDO FONTE EXCLUSIVA DE ORIGEM ANIMAL, 34% DE LIPÍDEOS E 46% DE CARBOIDRATOS, CONTENDO UMA ÚNICA MISTURA DE CARBOIDRATOS DE LIBERAÇÃO LENTA COM FIBRAS COMO: FOS, MALTITOL,	400 G	R12	4 UN



MALTODEXTRINA MODIFICADA E POLISSACARÍDEO DE SOJA. ISENTA DE SACAROSE E GLÚTEN. SABOR BAUNILHA. EMBALAGEM LATA 400G - ( COMPATÍVEL OU SIMILAR AO GLUCERNA )			
FÓRMULA LÍQUIDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL PARA DIETAS HIPERCALÓRICAS ENRIQUECIDO COM FIBRAS SOLÚVEIS E INSOLÚVEIS, COM ALTA DENSIDADE CALÓRICA SENDO 1,5 KCAL/ML - FRASCO COM 1 LITRO (COMPATÍVEL OU SIMILAR AO ISOSOURCE 1.5)	1 L	R18	30 UN
ALIMENTO NUTRICIONALMENTE COMPLETO E BALANCEADO PARA USO ENTERAL EM PÓ, FÓRMULA COM DISTRIBUIÇÃO DO VCT DE 15% DE PROTEÍNA, 55% CARBOIDRATOS E 30% LIPÍDEOS. FORMULADO COM UM MIX DE PROTEÍNA ANIMAL E VEGETAL SENDO 53% PROTEÍNA ISOLADA DE SOJA E COM 47% DE ORIGEM ANIMAL (32%CASEINATO DE CALCIO E 15% PROTEÍNA DO SORO DO LEITE). FÓRMULA NORMOSSÓDICA E ISENTA DE FIBRAS. BAIXO TEOR DE GORDURA SATURADA DE 4%. ISENTO DE SACAROSE, LACTOSE E GLÚTEN. APRESENTAÇÃO EM EMBALAGEM 800G. - (COMPATÍVEL OU SIMILAR AO TROPIC BASIC)	800 G	R18	8 UN
FÓRMULA LÍQUIDA NUTRICIONALMENTE COMPLETA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL, NORMOCALÓRICA COM 1,2 KCAL/ML, NORMOPROTEICA CONSTITUÍDO COM 100% PROTEÍNA DE SOJA, ISENTO DE FIBRAS – EMBALAGEM TETRAPARK 1 LITRO (COMPATÍVEL OU SIMILAR:TROPIC SOYA, ISOSOURCE SOYA)	1 L	R18	30 UN
SUPLEMENTO ALIMENTAR EM PÓ INDICADO	370 G	R22	4 UN



PARA PESSOAS ACIMA DE 50 ANOS, RICO EM VITAMINAS, CÁLCIO, MINERAIS, FIBRAS, ZINCO, BIOTINA - SEM SABOR - (COMPATÍVEL OU SIMILAR NUTREN SÊNIOR, SUSTAP SÊNIOR)			
PÓ ESPESSANTE PARA LÍQUIDOS	125 G	R23	2 UN

### ANEXO V RESTRICÇÕES

R1	Dispensação no ESFs
R2	Uso restrito para pacientes com Hanseníase
R3	Uso restrito do Oftalmologista
R4	Uso restrito para pacientes com tuberculose
R5	Uso exclusivo para sala de curativos
R6	Uso exclusivo para Pronto Atendimento da Unidade
R7	Ato administrativo
R8	EPI (Equipamento de proteção individual para agentes)
R9	Uso exclusivo para preparo de exame
R10	Programa de Tabagismo
R11	Processo de licitação (inclusão na REMUME)
R12	Uso restrito para pacientes Diabéticos, insulino dependentes
R13	Uso restrito para pacientes oncológicos
R14	Pacientes com endometriose
R15	Uso restrito para Fisioterapeutas
R16	Uso restrito para pacientes imunodeprimidos
R17	Uso restrito para pacientes com Hanseníase
R18	Uso restrito para pacientes desnutridos e oncológicos
R19	Uso restrito para crianças com refluxo
R20	Uso restrito para crianças com intolerância a lactose
R21	Uso restrito para criança, cuja mãe devido a problemas patológicos é impossibilitada de amamentar.
R22	Uso restrito para pessoas acima de 50 anos
R23	Uso restrito para pessoas com disfagia



## ANEXO VI

### Administração de Dieta Enteral

#### Orientações gerais para administração da dieta enteral

- A dieta deve ser administrada de 3 em 3 horas;  
Horários: 08 horas, 11 horas, 14 horas, 17 horas e 20 horas.
- Cada frasco de dieta deve gotejar lentamente, demorando no mínimo 1 hora cada dieta (40 a 60 gotas/minuto);
- Pendurar o frasco a uma altura que permita a descida da dieta enteral, aproximadamente 60 cm ou mais da altura da cabeça do paciente;  
Seguir as quantidades recomendadas e o fracionamento da dieta.
- No caso da dieta enteral industrializada sob a forma líquida, após aberta, deve ser conservada em geladeira por um período máximo de 24 horas;
- Sempre retirar da geladeira a dieta no volume determinado 30 minutos antes de passar pela sonda e deixar atingir a temperatura natural/ambiente para evitar mal-estar e diarreia;
- Quando o frasco com a dieta enteral estiver pendurado e com o equipo conectado, deixe a alimentação percorrer todo o equipo para retirar o ar. Após isso, conecte o equipo à sua sonda.

#### HIDRATAÇÃO:

- NOS INTERVALOS ENTRE AS REFEIÇÕES, OFERECER LÍQUIDOS. O volume a ser administrado vai depender da tolerância de cada paciente: ÁGUA FILTRADA, SUCOS DE FRUTAS NATURAIS, ÁGUA DE COCO VERDE, GATORADE, SORO CASEIRO ( em caso de diarreia);
- HIDRATAÇÃO: 30 MINUTOS APÓS A ADMINISTRAÇÃO DA DIETA  
(250 a 300 ml de 3/3 horas = 4 a 5 vezes ao dia → Água filtrada ou mineral)  
(250 a 300 ml de 3/3 horas = 1 vez ao dia → Água de coco ou suco de fruta natural)
- Manter a cabeceira da cama elevada a 45 graus (ou manter o paciente sentado) DURANTE E ATÉ 30 MINUTOS APÓS A PASSAGEM DA DIETA;
- Após o término da passagem da dieta, hidratação e medicamentos, passar 60 ml de água filtrada com o auxílio de uma seringa.



## ATENÇÃO

No caso de entupimento de sonda ou saída acidental, procure ajuda médica imediatamente.

**Nunca tente reintroduzir a sonda sozinho.**

## HIGIENIZAÇÃO

- ➔ Os utensílios e as mãos devem ser cuidadosamente lavados antes do preparo da dieta;
- ➔ **Não esquecer de fazer a higienização correta do frasco.**
- ➔ Após o preparo e administração da dieta, lavar os frascos e o equipo com detergente neutro e água, enxaguar e colocar de molho em solução clorada (1 colher de sopa de água sanitária sem alvejante em 1 litro de água), mergulhar os frascos e deixar mergulhados por 15 minutos. Em seguida, enxaguar bem e colocar em vasilha tampada até o próximo uso.
- ➔ Trocar os frascos a cada 3 dias, ou no máximo, 5 dias.

EXEMPLOS DE SUCOS LAXANTES (SOLTAM)	EXEMPLOS DE SUCOS OBSTIPANTES (PRENDEM)
LARANJA COM CENOURA CRUA	CAJÚ
COUVE CRUA COM LARANJA	ÁGUA DE COCO
LARANJA COM ACEROLA	GOIABA
AMEIXA COM CENOURA CRUA	MAÇÃ SEM CASCA
MAMÃO COM BETERRABA CRUA	LIMÃO
MAMÃO COM AMEIXA	
COUVE COM BETERRABA	

### Suco obstipante (prendem o intestino)

Fazer uma limonada ou suco de caju com pouco açúcar ou adoçante.

Acrescentar maisena: 01 copo tipo americano de suco e 01 colher de sobremesa de maisena



**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
DR. LUIZ JOO IKEMORI**

**RUA: ALFREDO DAINEZZI, 59-51 – CENTRO**

**CEP: 15350-029 – AURIFLAMA – SP**

**Fone: 17-3482-4992**

**[E-mail: dir.saude@auriflama.sp.gov.br](mailto:dir.saude@auriflama.sp.gov.br)**

**PROTOCOLO DE MONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR DO MUNICÍPIO  
DE AURIFLAMA/SP**



Este Protocolo dispõe sobre a dispensação gratuita de insumos necessários ao monitoramento da glicemia capilar aos portadores de Diabetes em Insulinoterapia.

## CONCEITOS

O diabetes mellitus é uma doença crônica caracterizada pelo comprometimento do metabolismo da glicose, cujo controle glicêmico inadequado resulta no aparecimento das graves complicações que reduzem a expectativa de vida e comprometem a qualidade de vida do portador dessa doença. As intervenções terapêuticas no diabetes visam ao rigoroso controle da glicemia e de outras condições clínicas para prevenir ou retardar a progressão da doença — especialmente as complicações micro e macrovasculares — assim como evitar agudizações, em especial a cetoacidose e o estado hiperglicêmico hiperosmolar. Essas intervenções objetivam minimizar os efeitos adversos do tratamento, garantir adesão do paciente às medidas terapêuticas e garantir o bem-estar do paciente e de sua família. Um programa de cuidado integral ao diabetes mellitus deve ter como prioridades estratégicas: a prevenção primária da doença com ações sobre os fatores de risco; a detecção precoce; e o tratamento adequado, que permita modificar a evolução da doença e prevenir as complicações, com melhora da qualidade de vida dos diabéticos. A abordagem terapêutica deve ser multiprofissional, incluindo a Assistência Farmacêutica, o Monitoramento da Glicemia e outros parâmetros clínicos, o planejamento da atividade física e orientação dietética. A participação do paciente e seu envolvimento constante e harmonioso com a equipe de saúde são fundamentais para que as recomendações sejam seguidas e o tratamento seja efetivo.

### Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM 1)

O termo “tipo 1” indica a destruição das células beta, que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, momento em que a administração de insulina se torna necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte. A destruição das células beta é geralmente causada por processo autoimune, que pode ser detectado por autoanticorpos circulantes como anti-descarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina. Algumas vezes, está associado a outras doenças auto-imunes como a tireoidite de



Hashimoto, a doença de Addison e a Miastenia gravis. Em menor proporção, a causa da destruição das células beta é desconhecida (tipo 1 idiopático). O desenvolvimento do diabetes “tipo 1” pode ocorrer de forma rapidamente progressiva, principalmente em crianças e adolescentes (pico de incidência entre 10 e 14 anos), ou de forma lentamente progressiva, geralmente em adultos, (LADA, latent autoimmune diabetes in adults; doença autoimune latente em adultos). Esse último tipo de diabetes, embora se assemelhando clinicamente ao diabetes tipo 1 autoimune, muitas vezes é erroneamente classificado como tipo 2 pelo seu aparecimento tardio. Estima-se que entre 5 a 10% dos pacientes inicialmente considerados como tendo diabetes tipo 2 podem, de fato, ter LADA.

### **Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM 2)**

O termo “tipo 2” é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. A administração de insulina, quando necessária, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e, quando presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito grave. A maioria dos portadores apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura. Em geral, mostram evidências de resistência à ação da insulina e o defeito na secreção de insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência. Em alguns indivíduos, no entanto, a ação da insulina é normal, e o efeito secretor é mais intenso.

### **Diabete Mellitus Gestacional (DMG)**

É a hiperglicemia diagnosticada durante a gravidez, de intensidade variada, geralmente autolimitada, com resolução no período pós-parto. O diabetes é uma das doenças mais comuns em gestantes. É diagnosticado em 1 a 14% das grávidas e varia com a etnia e o método de diagnóstico utilizado. No Brasil, os levantamentos apontam para uma frequência de aproximadamente 7,6%. Sua ocorrência indica risco sete vezes maior de desenvolvimento de Diabetes tipo 2 no futuro. O diabetes gestacional está associado ao risco de resultados perinatais adversos. Entretanto, o conceito atual é de que não apenas o DMG, mas também graus mais leves de intolerância à glicose devam ser detectados e tratados, para melhorar esses resultados. O diagnóstico é realizado mediante teste de tolerância oral à glicose (TOTG



– 75 g). É importante que o TOTG seja realizado após 3 dias de dieta com 250 a 300 g de carboidratos ao dia, com jejum de 8 a 12 horas. Durante a realização do exame, a gestante deve permanecer em repouso e não fumar. Cerca de 80% dos casos de diabetes tipo 2 podem ser atendidos predominantemente na atenção básica, com adequações nos hábitos de vida, orientações dietéticas e prática regular de atividade física.

## INSUMOS

- a) Tiras reagentes de medida de glicemia capilar. (As tiras reagentes de medida de glicemia capilar serão fornecidas mediante a disponibilidade de aparelhos medidores (glicosímetros) e conforme consta tabela 1).
- b) Lancetas para punção digital (Será dispensada conforme consta tabela 1);
- c) Glicosímetros;
- d) Agulha para caneta de insulina;
- e) Seringas de 1 ml agulhadas para insulina;
- f) Caneta reutilizável para insulina.

## AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR

O automonitoramento do nível de glicose do sangue por intermédio da medida da glicemia capilar é considerado uma ferramenta importante para seu controle, sendo parte integrante do autocuidado das pessoas com diabetes mellitus insulino-dependentes. Os tipos de diabetes mais frequentes são o diabetes tipo 1 (DM1), anteriormente conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o diabetes tipo 2 (DM2), anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de



casos. Outro tipo de diabetes encontrado com maior frequência é o diabetes gestacional (DG), detectado no rastreamento pré-natal.

O paciente deve fazer o registro dos resultados das glicemias capilares na frequência estabelecida pela equipe e este deve ser apresentado nos retornos à Unidade. A amostra do sangue deve ser colhida da ponta dos dedos da mão, acessada por meio de uma picada com lanceta, sendo por isso também chamada de glicemia em “ponta de dedo”.

A frequência do auto monitoramento deve ser determinada individualmente, dependente da situação clínica, do plano terapêutico, do esquema de utilização da insulina, do grau de informação e compromisso do paciente para o autocuidado, e da sua capacidade de modificar sua medicação a partir das informações obtidas. Os melhores horários para realização dos testes são os horários de maiores descontrole glicêmico:

- a) Testes pré-prandiais: antes do café da manhã, do almoço e do jantar;
- b) Testes pós-prandiais: duas horas após o café da manhã, o almoço e o jantar;
- c) Hora de dormir;
- d) Madrugada (2-3 horas da manhã).

Perante recomendações do Ministério da Saúde, o grupo de trabalho da Secretaria Municipal de Auriflama propõe a distribuição de tiras conforme a Tabela 1.



**Tabela 1: Proposta de Frequência de Automonitorização da Glicemia Capilar**

TIPO DE DIABETES + TERAPIA	FREQUÊNCIA DE MONITORAMENTO	QUANTIDADE DE CAIXAS (TIRAS) / MÊS
Tipo 2 com antidiabético oral + insulina NPH	1x/dia ou 4x/semana, com alternância dos horários do perfil glicêmico	1 caixa (50 tiras)
Tipo 2 com 1 dose de NPH pela manhã, associada ou não a antidiabético oral	1x/dia ou 4x/semana com alternância dos horários (jejum, pós-café, pós-almoço, pós-jantar ou ao deitar)	1 caixa (50 tiras)
Tipo 2 com 2–3 doses de NPH (jejum, almoço e ao deitar)	1–2x/dia, com alternância dos horários do perfil glicêmico	1 caixa (50 tiras)
Tipo 1 ou Tipo 2 com insulina basal NPH + dose fixa de insulina Regular	2–3x/dia (jejum, pós-prandial ou ao deitar)	2 caixas (100 tiras)
Tipo 1 ou Tipo 2 com insulina basal NPH + Regular às refeições e correções conforme glicemia	3–4x/dia (3 pré-prandiais e ao deitar)	2 caixas (100 tiras) ou 3 caixas (150 tiras), alternando o mês (1 mês pega 2 caixas e no outro 3 caixas)
Diabetes gestacional com insulino terapia	3–4x/dia	3 caixas (150 tiras)
Diabetes gestacional sem insulino terapia	1x/dia com alternância dos horários do perfil glicêmico	1 caixa (50 tiras)
Tipo 2 <b>sem insulino terapia</b>	Controle da glicemia capilar deve ser realizado na Unidade de Saúde	—

Fonte adaptada: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto – SP

Não existem evidências científicas suficientes de que o automonitoramento diário da glicemia capilar nos pacientes com diabetes tipo 2, em uso de hipoglicemiantes orais, seja efetivo para o melhor controle glicêmico. Nesses casos, o monitoramento da glicemia capilar poderá ser realizado na própria unidade de saúde, conforme solicitação médica.



## LEGISLAÇÃO

**LEI Nº 11.347, DE 27 DE SETEMBRO DE 2006**, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. (em anexo)

**PORTARIA Nº 2.583, DE 10 DE OUTUBRO DE 2007**, do Ministério da Saúde, que define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da **Lei nº 11.347**, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. (em anexo)

### CLASSIFICAÇÃO CID-10

- E10 – Diabetes mellitus insulino dependente
- O24.0 – Diabetes mellitus preexistente, insulino dependente
- O24.4 – Diabetes mellitus que surge durante a gravidez
- O24.9 – Diabetes mellitus na gravidez, não especificado

### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- 1) Os insumos serão disponibilizados aos usuários do SUS portadores de diabetes mellitus em tratamento com insulina;
- 2) Os usuários deverão ser moradores de Auriflama, cadastrados no Sistema Cartão Nacional de Saúde e no Programa Previne Brasil do Ministério da Saúde;
- 3) A prescrição para o automonitoramento será feita pelos médicos da Atenção Básica ou Endocrinologistas do SUS.
- 4) A participação nos Programas de Educação em Saúde da ESF (Estratégia Saúde da Família) também será solicitada aos usuários atendidos por este programa;



- 5) Caso seja verificado por qualquer profissional de saúde o descumprimento de qualquer critério da inclusão, o paciente deverá ser referenciado ao enfermeiro da Unidade Básica de Saúde;
- 6) Pacientes que retiram Insulina Regular e /ou NPH pela Atenção Básica.
- 7) Gestantes só terão direito à dispensação de tiras de glicemia e lancetas se tiverem realizado pelo menos uma consulta de pré-natal no SUS e uma consulta odontológica também no SUS. Não será aceita receita médica de origem particular para a liberação desses insumos.

#### DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

- Declaração médica, oriunda do Sistema Único de Saúde ou de serviços conveniados ao SUS, com código da doença (CID – 10);
  - Cópia do Comprovante de Residência com data inferior a 90 dias.;
  - Cópia de Documento de Identificação com foto (RG, Carteira de Trabalho, Habilitação, Carteira Profissional). Nos casos da requerente ser criança poderá ser apresentada cópia da Certidão de Nascimento, acompanhada do documento de identificação do responsável;
  - Cópia do Cartão Nacional de Saúde – Cartão SUS.
- Parágrafo único: Esses documentos são de responsabilidade da Unidade Básica de Saúde, assim como o prontuário do paciente;
- Cópia da Receita Médica atualizada;
  - Exame hemoglobina Glicada a cada 6 meses;
  - Exame de glicemia em jejum para pacientes que estão iniciando o programa.



## CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os usuários deixarão de ser beneficiados por este protocolo em caso de:

- Mudança para outro município;
- Não aderência às recomendações terapêuticas dos profissionais de saúde;
- Suspensão da insulinoterapia por orientações médicas;

### Situações que Justificam a Devolução de Glicosímetro e Insumos:

- a) Usuários com DM 2, que fazem uso de associação de insulina e hipoglicemiantes orais e que atingiram condição clínica estável, com baixa variabilidade nos resultados e níveis de hemoglobina glicada (HbA1C), dentro da faixa normal ou próxima ao ideal. Nesses casos, a necessidade de monitoramento diário é reduzida, podendo ser considerada a devolução de tiras reagentes e do glicosímetro. Esses pacientes deverão continuar monitorando a glicemia capilar nas Unidades de Saúde e, se necessário, solicitar novamente o glicosímetro caso ocorra descompensação do quadro. Enquanto isso, estes aparelhos poderão ser aproveitados por outros pacientes mais instáveis;
- b) Pacientes com diabetes gestacional que utilizaram insulina durante a gestação, mas que tiveram a suspensão da medicação após o parto ou aborto.

### Outras Situações que Exigem Devolução de Materiais

- 1) **Óbito do paciente:** Nessa situação, a família se responsabilizará pela devolução do glicosímetros e insumos não utilizados;
- 2) **Ausência na retirada das tiras reagentes por duas vezes consecutivas:** A Estratégia de Saúde da Família (ESF) deverá realizar Busca Ativa através do Agente Comunitário de Saúde – ACS, para que se saiba os motivos da ausência. Após o contato com o paciente o mesmo deverá realizar recadastramento e apresentar declaração médica atualizada (constando a necessidade, número de tiras reagentes com justificativa, etc.)



- 3) **Não apresentação do Mapa de monitoramento da glicemia capilar:** O não cumprimento desse requisito poderá resultar na suspensão do fornecimento de insumos até que a situação seja regularizada.

## GLICOSÍMETRO

- O aparelho pertence à Prefeitura Municipal de Auriflama e deve ser devolvido no prazo de 30 dias em caso de: suspensão da Insulinoterapia pelo médico assistente, mudança de município, defeito ou dano ao aparelho, recolhimento do aparelho para substituição em caso de mudança do fornecedor, óbito ou exclusão do programa.
- Quando o glicosímetro for devolvido na Unidade Básica de Saúde deverá ser preenchido o **Termo de Devolução (Anexo I)**. Se o aparelho estiver em boas condições de uso poderá ser destinado a outro paciente, caso contrário deverá ser devolvido a unidade básica de saúde para descarte ou manutenção adequada.
- Em casos de troca do aparelho pelo Município, será necessário o preenchimento do **Termo de Responsabilidade (Anexo II)**.
- A responsabilidade do usuário pelo Glicosímetro recebido deverá ser oficializada através do **Termo de Compromisso e Responsabilidade (Anexo II)**.
- Em caso de roubo ou perda do aparelho o usuário deverá registrar um Boletim de Ocorrência (B.O) na delegacia mais próxima e entregar uma cópia na Unidade Básica de Saúde onde retirou o aparelho, para que seja providenciada a reposição.
- Fica sob a responsabilidade do Enfermeiro informar ao paciente o tipo de bateria utilizada pelo aparelho, que deverá ser substituída pelo próprio paciente quando houver a necessidade.



## TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES ENTRE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

**Parágrafo Único:** Quando o paciente mudar de endereço dentro do município de Auriflama, deverá ser orientado a informar o novo endereço à Unidade Básica de Saúde de origem. O enfermeiro responsável ficará encarregado de comunicar a Unidade Básica de Saúde de destino.

### **Dispensação das Tiras e Lancetas de Glicemia:**

A distribuição das tiras e lancetas será preferencialmente entregue aos pacientes no dispensário municipal de Auriflama, o mesmo terá que trazer em mãos:

1 - Declaração médica, emitida pelo Sistema Único de Saúde ou de serviços conveniados ao SUS, com código da doença (CID – 10);

2 - Cópia do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS).

Parágrafo único: Esses documentos são de responsabilidade da Unidade Básica de Saúde, assim como o prontuário do paciente;

3 - Cópia da Receita Médica atualizada;

4 - Exame hemoglobina Glicada a cada 6 meses;

5 - Exame de glicemia em jejum para pacientes que estão iniciando o programa;

6 - Mapa de monitoramento da glicemia capilar, (Anexo III);

7 - Na ausência deste paciente durante a realização da dispensação, um membro da família deverá ter em mãos os documentos exigidos conforme o protocolo;

8 - Em caso de alteração do perfil terapêutico, com mudança na quantidade de tiras e lancetas, o médico deverá solicitar formalmente por meio de receita e declaração, especificando o



número de medidas diárias e o período necessário. Também deve indicar se há necessidade de ajuste de doses;

9 -As tiras e lancetas distribuídas aos pacientes devem registradas no sistema informatizado, a fim de manter o controle correto do estoque.

10 -O relatório de dispensação servirá como controle do quantitativo entregue e deverá estar de acordo com a solicitação registrada no sistema informatizado.

11 - A Ficha de Inclusão do paciente deverá ser encaminhada para a UBS, junto com a Declaração Médica contendo o código da doença (CID-10) e a cópia da Receita atualizada.

12 - A inclusão será realizada mediante Declaração Médica e Receituário Médico.

13 - O cadastro do paciente deverá ser renovado toda vez que houver alteração no perfil terapêutico, com mudança na quantidade de tiras e lancetas, ou, obrigatoriamente a cada 6 meses, conforme protocolo terapêutico.

## FLUXO DE DISPENSAÇÃO DE GLICOSÍMETROS

Será responsabilidade da Unidade de Saúde dispensar o aparelho Glicosímetro aos pacientes que se enquadram nos critérios de inclusão estabelecidos neste protocolo, bem como substituí-lo quando necessário. Também é responsabilidade da unidade preencher o **Termo de Compromisso e Responsabilidade de Empréstimo** em 2 (duas) vias, que deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- 1ª via – Unidade de Saúde
- 2ª via – Usuário

- O profissional que dispensar o aparelho Glicosímetro deverá encaminhar o paciente para atendimento com o enfermeiro, que fará orientações sobre o correto uso e manuseio correto do aparelho;



- Caso seja verificado o descumprimento de qualquer critério de inclusão, a Unidade de Saúde não fará a entrega do Glicosímetro e encaminhará o paciente ao enfermeiro responsável para reavaliação.

- A Solicitação de Glicosímetros para novos pacientes deverá ser feita por meio da Ficha de Cadastro (Anexo IV), devidamente preenchida e encaminhada pelas Unidades Básicas de Saúde.



**Anexo I**  
**TERMO DE VOLUÇÃO**  
**GLICOSÍMETRO**

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que estou devolvendo o aparelho Glicosímetro da marca \_\_\_\_\_, série Nº \_\_\_\_\_ Lote \_\_\_\_\_ a esta unidade Básica de Saúde, o qual estava emprestado para o paciente \_\_\_\_\_.

Motivo da devolução:

\_\_\_\_\_

Auriflama, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura de Responsável

\_\_\_\_\_

Assinatura do Recebedor



## Anexo II

### TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Pelo presente TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE, eu, \_\_\_\_\_, brasileiro(a), RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, residente à rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, contato pelo telefone \_\_\_\_\_, mediante este instrumento de aceitação assumo ter recebido um glicosímetro (n. série) \_\_\_\_\_ e me comprometo a:

1º) Zelar pelo bom manuseio e conservação do aparelho de verificação de glicemia capilar, de propriedade da Secretaria Municipal de Saúde;

2º) Em caso de perda ou roubo, fazer boletim de ocorrência e encaminhar documento para a equipe de enfermagem, ou ao ESF onde estou cadastrado, para resgatar um novo aparelho;

3º) Em caso de defeito do aparelho, procurar a equipe de enfermagem ou ESF onde estou cadastrado para trocá-lo;

4º) Caso se faça necessário, comprometendo-me a devolvê-lo em perfeito estado.

Auriflama (SP), \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do paciente conforme identidade)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do responsável pela dispensação)

Atestamos que o equipamento foi devolvido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ em (colocar a condição que o aparelho se encontra): \_\_\_\_\_



## TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Pelo presente TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE, eu, \_\_\_\_\_, brasileiro(a), RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, residente à rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, contato pelo telefone \_\_\_\_\_, mediante este instrumento de aceitação assumo ter recebido uma caneta reutilizável para insulina e me comprometo a:

1º) Zelar pelo bom manuseio e conservação da caneta, de propriedade da Secretaria Municipal de Saúde;

2º) Em caso de perda ou roubo, fazer boletim de ocorrência e encaminhar documento para a equipe de enfermagem, ou ao ESF onde estou cadastrado, para resgatar um novo aparelho;

3º) Em caso de defeito da caneta, procurar a equipe de enfermagem ou ESF onde fez a retirada para trocá-la;

4º) Caso se faça necessário, comprometendo-me a devolvê-la em perfeito estado.

Auriflama (SP), \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do paciente conforme identidade)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do responsável pela dispensação)

Atestamos que o equipamento foi devolvido em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ em (colocar a condição que a caneta se encontra): \_\_\_\_\_



## Prefeitura Municipal de Auriflama

### Licitações e Contratos

#### Extrato de Contrato



**PREFEITURA MUNICIPAL DE AURIFLAMA**

Estado de São Paulo

**CNPJ 45.660.594/0001-03**

(17) 3482-9000

Rua João Pacheco de Lima, 44-65 - Centro - CEP - 15350-000 - Auriflama/SP

[www.auriflama.sp.gov.br](http://www.auriflama.sp.gov.br)

#### **EXTRATO DO CONTRATO Nº 119/2.025 – DISPENSA 88/2.025**

Processo nº 6291/2.025

Contrato nº 119/2.025

**CONTRATANTE:** Prefeitura Municipal de Auriflama, Estado de São Paulo, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ (MF) sob o nº 45.660.594/0001-03.

**CONTRATADA:** **BENEDITO ALEIXO COSTA – ME**, devidamente inscrita no CNPJ (MF) sob nº 59.306.892/0001-04, com sede na Rua Antonio de Castro, nº 281, Bairro Residencial Rita Marques de Jesus, na cidade de General Salgado/SP, CEP: 15.300-000.

**FUNDAMENTO LEGAL DO CONTRATO:** O contrato decorre do Ato de Dispensa de Licitação nº 88/2.025, fundamentado no Art. 75, II, da Lei nº 14.133/21.

**OBJETO:** Contratação de empresa especializada na prestação de serviços técnicos de regularização fundiária urbana (para período de 12 meses), abrangendo atividades técnicas, jurídicas, urbanísticas, sociais e ambientais, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Programa Cidade Legal do Governo do Estado de São Paulo, instituído pela Lei Estadual nº 12.801/2008 e regulamentado pelo Decreto nº 53.914/2009, para atender às necessidades Administrativas, conforme Termo de Referência.

**VIGÊNCIA:** 21/07/2.025 à 20/07/2.026.

**DOTAÇÃO:** Ficha 44 – 02.04.00 – Departamento de Administração e Finanças – 3.3.90.39.05 – Serviços Técnicos Profissionais.

**VALOR:** R\$48.000,00 (quarenta e oito mil reais).

Auriflama/SP, 21 de julho de 2025.

**KATIA CONCEIÇÃO MORITA DE CARVALHO**  
Prefeita



## Prefeitura Municipal de Auriflama

### Licitações e Contratos

#### Extrato de termo aditivo

#### EXTRATO DE TERMO ADITIVO

Processo nº. 0200005342/2.024 – Processo Licitatório nº. 96/2.024

Contratante: Município de Auriflama

Contratado: Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos

Contrato nº 91/2.024 – Primeiro Termo Aditivo

Modalidade: Dispensa nº 58/2.024

Objeto: Prorrogar o prazo de vigência do contrato, que trata especificamente da contratação de empresa especializada em prestação de serviços e produtos, por meio de pacote de serviços dos correios, através dos canais de atendimento disponibilizados por este, para que sejam supridas as necessidades dos departamentos desta prefeitura municipal, nos moldes da Lei 14.133/21.

Vigência até 15/08/2.026

Prefeitura Municipal de Auriflama, 22 de julho de 2.025.