



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

ANEXO I

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

1. INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

- Apenas serão analisadas as propostas preenchidas integralmente e com dados suficientes para análise.
- Cada ficha deve corresponder a apenas um tipo de produto ou material
- Insumos para saúde que não serão contemplados nesse fluxo: produtos odontológicos, materiais de laboratório, medicamentos, materiais permanentes e ou duráveis, mobiliário e equipamentos médico-hospitalares, OPME
- A solicitação deve ser assinada por pelo menos três profissionais de saúde (podendo pertencer a categorias profissionais diferentes) E o gestor imediato da unidade solicitante.
- e.

2. ORIGEM DA SOLICITAÇÃO: UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_ ou ADMC \_\_\_\_\_

3. DADOS DO PRODUTO

<b>CÓDIGO SES</b>	<i>Inserir código SES para Despadronização, Alterações descritivo</i>
<b>CÓDIGO BR</b>	<i>Obrigatório para todos os tipos de solicitação</i>
<b>DESCRIPTIVO RESUMIDO</b>	<i>Especificação técnica que define o produto (nome do produto que vai constar no sistema informatizado)</i>
<b>DESCRIPTIVO DETALHADO</b>	<i>Incluir descritivo detalhado incluindo :</i>
	<i>Aplicação (finalidade) Qual a finalidade do produto? Mencionar as principais aplicações. Onde será utilizado? p. ex.: hospital, laboratório, clínica, etc</i>
	<i>Composição Do que é constituído? p. ex.: PVC, látex, etc.</i>
	<i>Tamanho/Capacidade Dimensões. p. ex.: mm, cm, G, L, etc.</i>
	<i>Características adicionais Detalhes específicos e importantes para melhor qualificar o produto.</i>
	<i>Processo de Esterilização Informar se estéril ou não estéril. Tipo de esterilização, caso necessário</i>
	<i>Prazo de validade Quando se aplicar. p. ex.: 75% do prazo total de validade do produto</i>
<i>Embalagem Pacote com XX Unidades. Abertura que permite XXX</i>	
<b>UNIDADE DE ESTOQUE</b>	<i>Forma que será distribuída na SES. Menor unidade fracionável do produto. p. ex.: Unidade, envelope, kit, etc.</i>



#### 4. JUSTIFICATIVAS

**4.1** Existe (m) outro (s) produtos (s) padronizado (s) na SES-DF para o mesmo fim terapêutico:

Sim

Não

**4.2** Se SIM, indicar o produto similar:

Descritivo Resumido:

COD SES do SIS:

**4.3** Qual (is) a (s) indicação (ões) terapêutica (s) do insumo?

**4.4** Tipo de paciente:

Neonatal

Pediátrico A

Adulto

**4.5** Qual (is) unidade (s) será utilizado esse produto?

**4.6** Esse produto é utilizado por mais de uma especialidade ou área de atuação? Em caso positivo indicar áreas de atuação que compartilham uso do insumo.

**4.7** Em quais procedimentos esse produto será utilizado?

**4.8** Quais as vantagens do uso desse insumo para qualidade da assistência e segurança do paciente?

**4.9** O produto é usado em equipamentos médico hospitalares? Se sim, indicar o modelo de equipamento, local de lotação dos equipamentos.

**4.10** Existe necessidade de treinamento, capacitação, ou investimento para uso desse insumo?

---



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

**5. PREVISÃO DE CONSUMO MEDIO MENSAL**

Estimado para utilização na unidade de Saúde / Rede SES \_\_\_\_\_ unidades/mês.

Memória de Cálculo:

**6. CUSTO UNITÁRIO R\$ \_\_\_\_\_**

**7. Indique o nível de complexidade em que será utilizado o PRODUTO:**

- Atenção Primária à Saúde
- Ambulatorial Média-Alta Complexidade
- Urgência e Emergência
- Hospitalar

**8. Indique as contra-indicações, precauções, reações adversas e riscos associados ao uso do produto:**

**9. Listar e anexar:**

**Protocolo Clínico ou Procedimento Operacional Padrão ( ANEXO )**

---



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

### 10. DADOS DOS SOLICITANTES

<b>Nome:</b>	<b>Matr. :</b>
<b>Cargo:</b>	<b>Lotação:</b>
<b>Contato:</b>	<b>Assinatura:</b>

<b>Nome:</b>	<b>Matr. :</b>
<b>Cargo:</b>	<b>Lotação:</b>
<b>Contato:</b>	<b>Assinatura:</b>

<b>Nome:</b>	<b>Matr. :</b>
<b>Cargo:</b>	<b>Lotação:</b>
<b>Contato:</b>	<b>Assinatura:</b>

#### 10.1. Gestor da Unidade de Saúde ou Unidade Administrativa:

<b>Nome:</b>	<b>Matr. :</b>
<b>Cargo:</b>	<b>Lotação:</b>
<b>Contato:</b>	<b>Assinatura:</b>