



## ADESÃO AO HÓRUS

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS  
HORUS - SISTEMA NACIONAL DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA

**ADESÃO AO HÓRUS**

**Atenção: No final do formulário, ao preencher os campos, grave as informações.**

**Termo de adesão ao Hórus – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica**

## 1. Do objeto

1.1 O presente Termo de Adesão tem como objetivo formalizar a implantação do Hórus - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, disponibilizado a estados, municípios e serviços de saúde pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS).

1.2 A finalidade da implantação do Hórus é disponibilizar uma ferramenta informatizada para a gestão da Assistência Farmacêutica, auxiliando o planejamento, o monitoramento e avaliação das ações de assistência farmacêutica; contribuindo para a ampliação do acesso, a promoção do uso racional dos medicamentos e a construção de indicadores nacionais de assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

## 2. Do aceite das condições de uso

2.1 Ao implantar o Hórus, o gestor responsável pela adesão se declara ciente de todas as condições impostas por este Termo e de que estará sujeito aos manuais e regras aplicáveis ao Sistema.

2.2 Ao enviar o formulário de adesão ao Hórus, o gestor responsável pela adesão assume que leu e concordou com esta versão do Termo e se vincula, automaticamente, às regras nele contidas.

## 3. Das obrigações do aderente

3.1 Garantir a disponibilidade de computador (es) com a configuração mínima:

- Processador: 3 GHz ou superior de 32 bits (x86) ou 64 bits (x64);
- Memória RAM: 2 GB (32 bits) ou 4 GB (64 bits);
- Navegador de Internet: Mozilla Firefox (versão 43 ou superior);
- Impressora: matricial, jato de tinta ou laser;
- Sistema Operacional: Windows 7 ou superior;

3.2 Garantir a conectividade mínima de internet de 1Mbps para utilização do Sistema;

3.3 Viabilizar a participação dos operadores do Sistema em capacitações para implantação e utilização do Hórus, oferecidas pelo Ministério da Saúde;

3.4 Custear o deslocamento e a hospedagem de seus representantes, quando necessário;

3.5 Resguardar sigilo das informações pessoais contidas no Sistema, conforme o Artigo 6º da Lei Federal Nº 12.527/2011.

## 4. Das competências do DAF/SCTIE:

4.1 Elaborar e disponibilizar o manual de utilização do Hórus;

4.2 Elaborar cronograma e programa de capacitações para utilização do Sistema;

4.3 Auxiliar a elaboração do plano de ações para implantação do Hórus, quando necessário;

4.4 Disponibilizar o Hórus após cumprimento das fases de adesão;

4.5 Prestar suporte referente à implantação e utilização do Hórus;

4.6 Indicar ao DATASUS as correções, sugestões e manutenções cabíveis no Hórus;

4.7 Realizar o monitoramento da implantação e utilização do Hórus;

4.8 Elaborar e pactuar indicadores nacionais para monitoramento e avaliação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.

## 5. Do repasse de recurso financeiro

5.1 Para a execução deste termo de adesão, não haverá repasse de recursos entre as partes.

## 6. Das modificações deste Termo de Adesão

6.1. O DAF/SCTIE reserva-se o direito de alterar o conteúdo deste Termo, sendo responsabilidade do aderente consultá-lo regularmente.

6.2 As alterações estarão sempre disponíveis no endereço [www.saude.gov.br/horus](http://www.saude.gov.br/horus), link Adesão.

## 7. Da vigência

7.1 Este termo de adesão vigorará a partir da data de adesão, podendo ser rescindido por iniciativa de qualquer das partes, mediante comunicação oficial pelo Gestor responsável do estado, município ou do serviço de saúde (aderente).

**Antes de clicar no botão "Aceito", leia atentamente este Termo de Adesão, no qual estão expressas todas as regras e condições pertinentes à implantação do Hórus.**

Aceito

**I. Identificação****Estado:****Município:****Código IBGE:**

Não sabe o número, acesse:

<http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/areaterritorial/area.shtm>**Número de habitantes:****Nome:**

Dados do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde

**Telefone:**

Dados do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde

**E-mail:**

Dados do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde

**Nome :**

Dados do responsável pela Coordenação da Assistência Farmacêutica

**Telefone:**

Dados do responsável pela Coordenação da Assistência Farmacêutica

**E-mail (Dados do responsável pela Coordenação da Assistência Farmacêutica):**

O e-mail informado deverá ser o pessoal, procure usar o seu principal email

**Profissão:**

Dados do responsável pela Coordenação da Assistência Farmacêutica

**II. Dados sobre o Sistema Municipal de Saúde****Número de Unidades de Saúde:****Das unidades de saúde, quantas dispõem de medicamentos?****Número de Farmácias em edificação exclusiva:****Número de Almoxxarifados do município:****III. Dados Sobre a Gestão da Assistência Farmacêutica****O Município possui Programa de Assistência Farmacêutica?**

- Sim  
 Não  
 Não tem Informação

**O programa de Assistência Farmacêutica foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde?**

- Sim  
 Não  
 Não tem informação

**No organograma da Secretaria Municipal da Saúde está definida a estrutura da Assistência Farmacêutica?**

- Sim  
 Não  
 Não tem informação  
 Não possui organograma

**O município possui Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)?**

- Sim  
 Não  
 Não tem informação

**O município disponibiliza Protocolos Terapêuticos na Atenção Básica?**

- Sim

- Não  
 Não tem informação

**O município possui Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)?**

- Sim  
 Não

**Listar os medicamentos dispensados pelo município que não costumam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME):**

**O município possui relatórios de medicamentos mais consumidos (perfil de consumo) por:**

- Distrito/Região  
 Unidade de Saúde  
 Farmácia  
 Programa de saúde  
 Paciente  
 Não possui  
 Outros

**Especificar o Relatório:**

**O município possui relatórios de custos dos medicamentos por:**

- Distrito/Região  
 Unidade de Saúde  
 Farmácia  
 Programa de saúde  
 Paciente  
 Não possui  
 Outros

**Especificar o Relatório de Custos:**

**As unidades de dispensação de medicamentos disponibilizam sistemas informatizados com quais funcionalidades?**

- Dispensação de medicamentos  
 Cadastro de usuários/pacientes  
 Controle de estoque  
 Não disponibiliza  
 Dispensação e controle de medicamentos por via judicial

**O município faz notificação de suspeita de reação adversa e desvio de qualidade de medicamentos à Vigilância Sanitária?**

- Sim  
 Não  
 Não tem informação

**IV. Dados sobre os Recursos Humanos**

**Número de farmacêuticos que atuam na Assistência Farmacêutica do município :**

**Selecione os serviços que contam com a presença de farmacêuticos:**

- Coordenação de Assistência Farmacêutica  
 Almoarifado central  
 Almoarifado distrital / regional  
 Farmácia central / distrital / regional  
 Farmácia de Unidade de Saúde  
 Nenhum

**Nas Unidades de Dispensação de Medicamentos, a dispensação é realizada por:**

- Farmacêutico
- Técnico/auxiliar de enfermagem
- Auxiliar/agente administrativo
- Agente comunitário de saúde
- Outros

**Especificar o Profissional:**

**O município possui programa de educação continuada para os profissionais da Assistência Farmacêutica?**

- Sim, anual
- Sim, a cada dois anos
- Não possui

#### V. Dados sobre os serviços farmacêuticos

**O município registra a demanda não atendida nas Unidades de Dispensação de Medicamentos?**

Demanda não atendida: quantidade de medicamento prescrito e não atendido

- Sim
- Não

**O município mantém histórico/relatório de dispensação de medicamentos por paciente?**

- Sim
- Não

**Número médio de prescrições atendidas no mês:**

**O município dispensa medicamentos:**

- Fitoterápicos
- Homeopáticos
- NDA

**Sobre os medicamentos sujeitos a controle especial constantes na portaria 344/98, o controle de entrada e saída dos medicamentos é?**

- Informatizado
- Manual
- Não possui controle

**Sobre os medicamentos sujeitos a controle especial constantes na portaria 344/98, há farmacêuticos nas unidades que dispensam medicamentos constantes na portaria 344/98?**

- Sim, algumas unidades
- Não
- Sim, todas as unidades

**Quais das seguintes informações o sistema de controle de estoque de medicamentos/produtos disponibiliza?**

- Lote
- Validade
- Data de entrada
- Data de saída
- Não possui controle de estoque

**Sobre o armazenamento de medicamentos:**

- Possui ambiente climatizado
- Possui refrigerador/frigorífico exclusiva para armazenamento de medicamentos
- Possui controle de temperatura
- Possui controle de umidade
- NDA

**No município há perdas de medicamentos por:**

- Validade
- Condições de armazenamento
- Não há perdas
- Outros

**Especificar a perda de medicamentos:**

**Na dispensação, há exigência de apresentação da prescrição de medicamentos?**

- Sim  
 Não

## VI. Estrutura física e equipamentos

**Equipamentos da Diretoria/Gerência/Coordenação de Assistência Farmacêutica:**

- Computador  
 Impressora  
 Acesso à internet  
 Não possui Diretoria/Gerência/Coordenação de Assistência Farmacêutica

**Equipamentos do Almojarifado:**

- Computador  
 Impressora  
 Acesso à internet

**Quantidade de computadores do almoxarifado:**

**Quantidade de impressoras do almoxarifado:**

**Equipamentos das Unidades de Saúde que dispensam medicamentos:**

- Computador  
 Impressora  
 Acesso à internet

**Quantidade de computadores das unidades de saúde:**

**Quantidade de impressoras das unidades de saúde:**

**Equipamentos das Farmácias em edificação exclusiva:**

- Computador  
 Impressora  
 Acesso à internet

**Quantidade de Computadores nas Farmácias em edificação exclusiva:**

**Quantidade de impressoras nas Farmácias em edificação exclusiva:**