

CPF*	Data de Nascimento*
------	---------------------

Nome Completo do Usuário - Civil*

Nome Social

Nome Completo da Mãe*

Motivo da devolução* **Se Óbito:** Óbito já registrado no sistema?

Óbito do Usuário SUS
 Mudança de Tratamento (TARV HIV/Aids)
 Soroconversão (PrEP)
 Descontinuidade voluntária (PrEP)
 Intolerância/Eventos adversos (PrEP)

Declaração sobre condições de conservação*

A unidade garante que, durante a posse do medicamento pelo usuário SUS, foram mantidas as condições adequadas de conservação e que o medicamento devolvido está íntegro e apto para reutilização por outro usuário SUS?

SIM, a unidade garante
 NÃO, a unidade não garante. (Reincorporação NÃO permitida)

Importante: O art. 35 da RDC nº 430/2020 prevê que a incapacidade de garantir que o medicamento devolvido se manteve dentro de seus padrões de qualidade deve resultar na rejeição à reintegração.

Nome do responsável pela devolução*

Data da devolução*

Medicamento	Data de validade	Lote	Qtd. devolvida

Antes de assinar, o farmacêutico deve verificar os critérios mínimos de segurança (motivo da devolução, condições de conservação, integridade da embalagem, lote e validade) e registrar as informações essenciais que fundamentam a decisão.

Declaro que a avaliação técnica foi realizada sob minha responsabilidade, fundamentando a decisão de reincorporação do(s) medicamento(s) devolvido(s), conforme critérios de integridade, conservação e rastreabilidade.

Data da análise técnica*	UF do CRF*	CRF nº*
--------------------------	------------	---------

(Carimbo e assinatura)

Assinatura do responsável pela devolução

(Data e assinatura)

Base normativa e referências técnicas

As orientações para a reincorporação de medicamentos de devolução de Usuário SUS estão fundamentadas nas seguintes referências:

Nota Técnica nº 128/2025-CGHA/DATHI/SVSA/MS, que reúne orientações e critérios técnicos e legais sobre a reintegração ao estoque de antirretrovirais devolvidos por usuários e procedimentos adequados de descarte.
RDC nº 430/2020 (ANVISA) – Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e Transporte de Medicamentos. A Nota Técnica destaca que, antes da reintegração, devem ser avaliados e registrados critérios mínimos (motivo da devolução, condições de armazenagem/transporte, integridade da embalagem e prazo de validade) e que a incapacidade de garantir a qualidade deve resultar em **rejeição da reintegração** (art. 35).
RDC nº 222/2018 (ANVISA) – gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (para os casos em que não houver garantia e for necessário descarte conforme PGRSS).
Portaria SVS/MS nº 344/1998 – diretrizes relacionadas a rastreabilidade e segurança de dispensação, conforme contextualização na Nota Técnica.

ORIENTAÇÕES GERAIS

Os campos com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório.

As alternativas com ícone indicam que uma única resposta é possível.

As alternativas com ícone indicam que mais de uma resposta é possível (múltipla escolha).

FEVEREIRO/2026

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

Nome Completo do Usuário – Civil*: Preencher quando houver nome social distinto do nome civil, conforme cadastro do usuário.

Nome Social: Preencher conforme documento oficial e cadastro no SICLOM, sem abreviações.

CPF: Informar CPF válido do usuário.

Data de Nascimento*: Informar no formato dd/mm/aaaa.

Nome Completo da Mãe*: Preencher conforme documento oficial.

Motivo da devolução*: Selecionar apenas uma opção, conforme perfil de atendimento: Óbito do Usuário SUS (aplicável a TARV HIV e PrEP); Mudança de Tratamento (exclusivo TARV HIV/Aids); Soroconversão (PrEP); Descontinuidade voluntária (PrEP); Intolerância/Eventos adversos (PrEP).

Se o motivo for Óbito, indicar se já está registrado no sistema.

Declaração sobre condições de conservação*

O farmacêutico deve avaliar se:

- O medicamento permaneceu sob condições adequadas de conservação;
- A embalagem está íntegra;
- Lote e validade correspondem à dispensação de origem;
- A quantidade devolvida é compatível com a quantidade dispensada.

Se marcada a opção:

- **NÃO** → a reincorporação não é permitida, devendo o medicamento ser destinado conforme PGRSS.
- **SIM** → prosseguir com a formalização da avaliação técnica.

Nome do responsável pela devolução*: Identificar a pessoa que realizou a devolução do medicamento na unidade.

Data da devolução*: Informar a data em que o medicamento foi devolvido à UDM.

Itens devolvidos

Para cada medicamento devolvido, informar:

- Medicamento (nome/apresentação)
- Data de validade
- Lote
- Quantidade devolvida

A quantidade devolvida não pode exceder a quantidade dispensada anteriormente e deve corresponder ao lote/validade da dispensação de origem.

Avaliação técnica

O farmacêutico responsável deve informar:

- Data da análise técnica*
- UF do CRF
- Número do CRF
- Assinatura e carimbo

A assinatura implica responsabilidade técnica pela decisão de reincorporação.

Assinatura do responsável pela devolução: Registrar data e coletar assinatura do responsável pela entrega do medicamento na UDM.