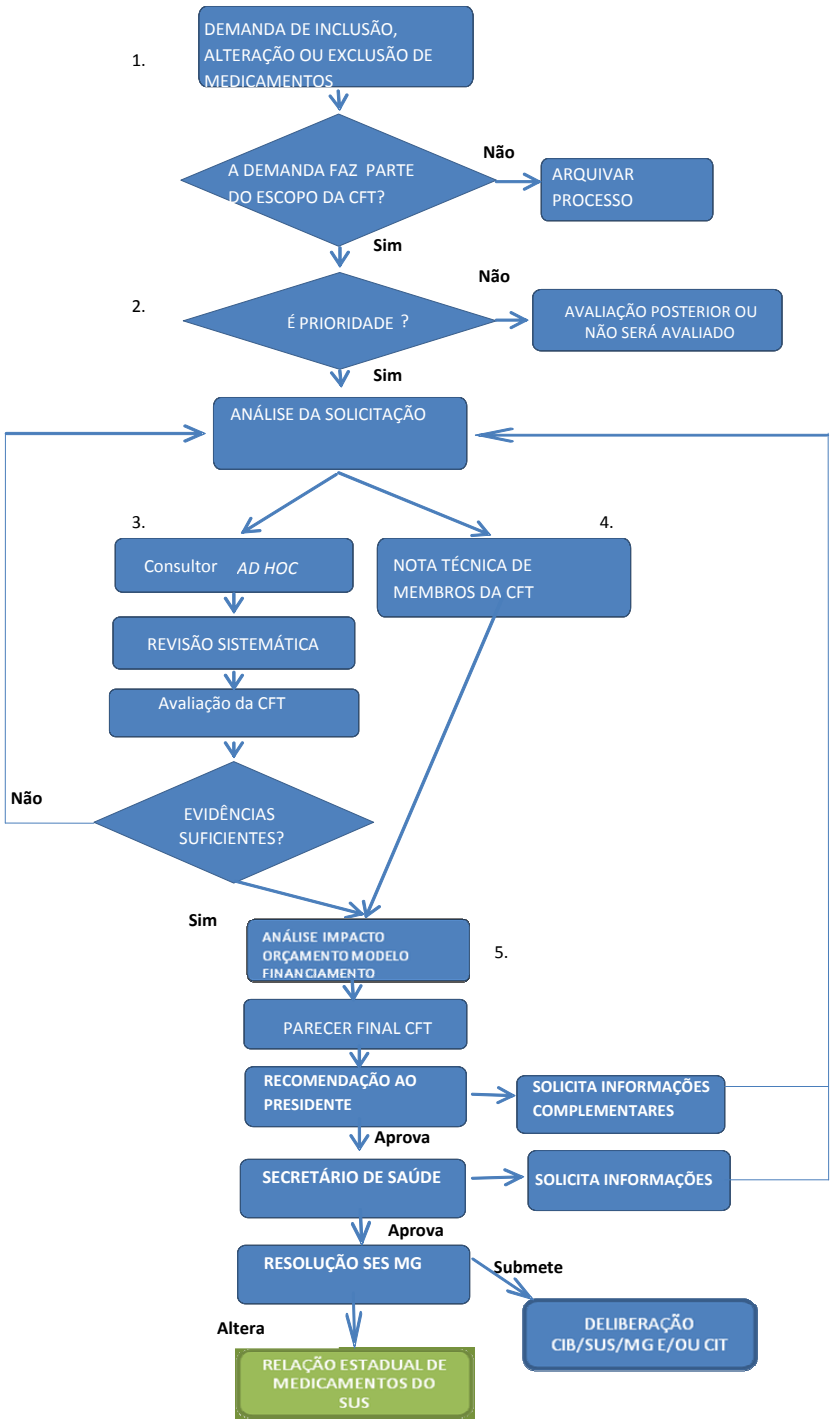
1.
DEMANDA DE INCLUSÃO, ALTERAÇÃO OU EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS
A DEMANDA FAZ PARTE DO ESCOPO DA CFT?
Não
ARQUIVAR PROCESSO
Sim
2.
É PRIORIDADE ?
Não
AVALIAÇÃO POSTERIOR OU NÃO SERÁ AVALIADO
Sim
ANÁLISE DA SOLICITAÇÃO
3.
4.
Consultor AD HOC
NOTA TÉCNICA DE MEMBROS DA CFT
REVISÃO SISTEMÁTICA
Avaliação da CFT
Não
EVIDÊNCIAS SUFICIENTES?
Sim
ANÁLISE IMPACTO ORÇAMENTO MODELO FINANCIAMENTO
5.
PARECER FINAL CFT
RECOMENDAÇÃO AO PRESIDENTE
SOLICITA INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Aprova
SECRETÁRIO DE SAÚDE
SOLICITA INFORMAÇÕES
Aprova
RESOLUÇÃO SES MG
Submete
DELIBERAÇÃO CIB/SUS/MG E/OU CIT
Altera
RELAÇÃO ESTADUAL DE MEDICAMENTOS DO SUS