

**JOACIR BARBAGLIO PEREIRA**  
PREFEITO

**JACQUESON MARTINS LIMA**  
VICE-PREFEITO

**OTORINO BILHERI DE SOUZA**  
SECRETÁRIO DE GOVERNO

**RÔMULO CÉSAR DA COSTA**  
CHEFE DE GABINETE

**MÁRCIO MESQUITA MALAFAIA**  
PROCURADOR-GERAL DO MUNICÍPIO

**GETÚLIO DE OLIVEIRA**  
CONTROLADOR-GERAL DO MUNICÍPIO

**CAROLINE GORITO DE OLIVEIRA**  
SECRETÁRIA DE FAZENDA, FINANÇAS E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO

**RICARDO WEBSTER MARTINS DE OLIVEIRA**  
SECRETÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

**WILLIAN PIMENTEL JUNIOR**  
SECRETÁRIO DE GESTÃO PÚBLICA E COMPRAS GOVERNAMENTAIS

**DOUGLAS DA SILVA ZANARDI**  
SECRETÁRIO DE TECNOLOGIA DA INOVAÇÃO E PROTEÇÃO DE DADOS

**BERNARDO GOYTACAZES DE ARAÚJO**  
SECRETÁRIO DE INTEGRAÇÃO, PLANEJAMENTO E PROJETOS

**IZABEL APARECIDA MENDONÇA FERREIRA**  
SECRETÁRIA DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

**PEDRO HENRIQUE BRASIL**  
SECRETÁRIO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

**ANA PAULA AZEVEDO DE OLIVEIRA**  
SECRETÁRIA DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA

**JOÃO LUIS AGUIAR DA ROCHA**  
SECRETÁRIO DE CULTURA E TURISMO

**MÁRCIO JOSÉ WOGEL COELHO**  
SECRETÁRIO DE ESPORTE E LAZER

**MÁRCIO SIMÕES DE ASSIS**  
SECRETÁRIO DE INDÚSTRIA, COMÉRCIO E SERVIÇOS

**LUIZ FERNANDO FERREIRA VIANNA DE CASTRO**  
SECRETÁRIO DE ORDEM PÚBLICA E POLÍTICAS DE SEGURANÇA

**GERALDO GABRIEL DE OLIVEIRA NETO**  
COMANDANTE DA GUARDA CIVIL MUNICIPAL

**RICARDO DA SILVA MONTEIRO**  
SECRETÁRIO DE OBRAS, INFRAESTRUTURA E HABITAÇÃO

**JEFERSON MERCÊS DE SOUZA**  
SECRETÁRIO DE TRANSPORTES E MOBILIDADE

**JOSÉ SCHMITZ NETO**  
SECRETÁRIO DE AGRICULTURA, PECUÁRIA E DESENVOLVIMENTO RURAL

**THIAGO VILA VERDE**  
SECRETÁRIO DE MEIO AMBIENTE E SUSTENTABILIDADE

**JORGE LUIZ RIBEIRO**  
SECRETÁRIO DE SERVIÇOS PÚBLICOS

**ANDERSON ANTÔNIO DA SILVA**  
SECRETÁRIO DE DRENAGEM URBANA E CONSERVAÇÃO

**GUILHERME MEDEIROS DA SILVA**  
SECRETÁRIO DE COMUNICAÇÃO

**JEAN LOUIS SILVEIRA**  
DIRETOR DO SAAETRI - SERVIÇO AUTÔNOMO DE  
ÁGUA E ESGOTO DE TRÊS RIOS

**ARSONVAL SILVEIRA MACEDO NETTO**  
DIRETOR-PRESIDENTE DA CODETRI - COMPANHIA DE  
DESENVOLVIMENTO DE TRÊS RIOS



### CONSELHO MUNICIPAL PARA POLÍTICA DE INTEGRAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA - CMPDE

Lei Municipal n. 3267, 28 de agosto de 2009 alterado pela  
lei 3641 de 07 de dezembro de 2011.

Rua Padre Conrado, 156, Centro, Três Rios- RJ  
(24) 2252-2650



### EDITAL DE CONVOCAÇÃO N. 01/2022

#### PLEITO ELEITORAL DOS REPRESENTANTES DA SOCIEDADE CIVIL

Conselho Municipal para Política de Integração da Pessoa com Deficiência – CMPDE DE Três Rios- RJ considerando:

O disposto na Lei n. 3267, 28 de agosto de 2009 alterado pela lei n. 3641 de 07 de dezembro de 2011, no do art. 3º em que cinco (05) membros titulares e suplentes representantes da sociedade civil, serão escolhidos em fórum próprio por entidade e/ou para pessoas com deficiência, sendo 1 (um) representante para deficiência física, 1 (um) representante para deficiência mental, 1 (um) representante para deficiência auditiva, 1 (um) representante para deficiência visual e 1 (um) representante para deficiência pertinente a paralisia cerebral.

CONVOCA: a população, os atuais membros titulares e suplentes, as organizações da sociedade civil que desenvolvam trabalhos relacionados ao segmento, pessoa com deficiência, familiar, cuidador, órgãos de defesa de direitos e pessoas que se identificam com o segmento, para participarem da **ELEIÇÃO** de: 1 (um) representante para deficiência mental, 1 (um) representante para deficiência auditiva, 1 (um) representante para deficiência visual e 1 (um) representante para deficiência pertinente a paralisia cerebral a realizar no dia **22 de setembro de 2022 das 15hs às 17hs no auditório da OAB na Praça São Sebastião, s/n. Três Rios/RJ**

As organizações da sociedade civil que desenvolvam trabalhos relacionados à pessoa com deficiência devem encaminhar no mínimo um candidato para a eleição de representantes da sociedade civil até dia 19 de setembro de 2022.

O pleito eleitoral para representantes titulares e suplentes da Sociedade Civil tem caráter público, convocado pelo Conselho Municipal para Política de Integração da Pessoa com Deficiência – CMPDE, através deste Edital, que será publicado no Boletim Informativo Oficial.

Poderão ser eleitores maiores de 18 anos e que sejam residentes no município de Três Rios-RJ.

Os casos omissos serão resolvidos pelo plenário do Conselho Municipal para Política de Integração da Pessoa com Deficiência – CMPDE

Em caso de dúvida sobre o resultado, a interposição deverá ser feita formalmente ao CMPDE em até 24 horas após o encerramento da eleição.

Publicação do resultado final no site da Prefeitura e no Boletim Oficial,

Findo o processo será lavrada Ata do Pleito Eleitoral em que constará o resultado da eleição e ocorrências significativas CMPDE.



**CONSELHO MUNICIPAL PARA POLÍTICA DE INTEGRAÇÃO DA PESSOA  
PORTADORA DE DEFICIÊNCIA - CMPDE**

Lei Municipal n. 3267, 28 de agosto de 2009 alterado pela  
lei 3641 de 07 de dezembro de 2011.  
Rua Padre Conrado, 156, Centro, Três Rios- RJ  
(24) 2252-2650



---

Após a divulgação do resultado final e não havendo candidatos habilitados em número suficiente para preenchimento das vagas será aberto outro Edital para realização de pleito eleitoral para vagas remanescentes.

O mandato dos conselheiros e respectivos suplentes será de três (03) anos, permitida uma recondução por igual período.

O Prefeito Municipal oficializará, mediante Decreto, os nomes dos representantes governamentais e sociedade Civil no Conselho Municipal para a Política de Integração da Pessoa com Deficiência no prazo de 15 (quinze) dias.

Publique-se

Três Rios, 09 de setembro de 2022.

Rosemar de Oliveira Reis  
Presidente do CMPDE – TR



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**DECRETO N° 6.920, DE 12 DE SETEMBRO DE 2022.**

***Estabelece a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Três Rios, e dá outras providências.***

O **PREFEITO DO MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS**, no uso de suas atribuições legais, especialmente das que lhe são conferidas pelo inciso I, do art. 43, e inciso II, do art. 135, da Lei Orgânica do Município; e

**CONSIDERANDO** a necessidade de se efetuar a seleção de medicamentos essenciais, considerados seguros, eficazes e de custos efetivos, destinados ao atendimento dos problemas prioritários de saúde da população, diante da multiplicidade de produtos farmacêuticos e do intenso desenvolvimento de novas tecnologias;

**CONSIDERANDO** o Decreto nº 6.624, de 2 de agosto de 2021, que instituiu a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) no Município de Três Rios, aprovou seu Regimento Interno, e deu outras providências.

**CONSIDERANDO** a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada pela Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, que define, em seu inciso I, do art. 2º, como um de seus eixos estratégicos a garantia de acesso e equidade às ações de saúde, incluindo a Assistência Farmacêutica;

**CONSIDERANDO** a Política Nacional de Medicamentos, aprovada pela Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, do Ministério da Saúde, que estabelece no item 3.1, como uma de suas diretrizes, a adoção



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

de Relação de Medicamentos Essenciais e, como uma de suas prioridades, no item 4.1 a revisão permanente dessa Relação;

**CONSIDERANDO** a garantia do usuário de acesso universal e igualitário à assistência terapêutica integral, nos termos do art. 28, do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011;

**CONSIDERANDO** a necessidade de atualização periódica da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) para que seja utilizada como instrumento norteador da assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde (SUS);

**CONSIDERANDO** a Lei Federal nº 5.081, de 24 de agosto de 1966, que regula o exercício da Odontologia;

**CONSIDERANDO** a Lei Federal nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos e seu regulamento;

**CONSIDERANDO** a Lei Federal nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e dá outras providências (inclusive definindo competências dos enfermeiros para prescrever medicamentos);

**CONSIDERANDO** a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

**CONSIDERANDO** a Lei Federal nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências;



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**CONSIDERANDO** o Decreto Federal nº 74.170, de 10 de junho de 1974, que regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos;

**CONSIDERANDO** o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

**CONSIDERANDO** a Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Medicamentos;

**CONSIDERANDO** a Portaria GM/MS nº 2.928, de 12 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre os §§ 1º e 2º, do art. 28, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011;

**CONSIDERANDO** a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, do Secretário de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, e suas atualizações, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial;

**CONSIDERANDO** a Portaria SVS/MS nº 6, de 29 de janeiro de 1999, do Secretário de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, que aprova a Instrução Normativa da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, que instituiu o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial;

**CONSIDERANDO** a Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF);



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**CONSIDERANDO** a Resolução RDC nº 135, de 29 de maio de 2003, da Diretoria Colegiada da Anvisa, que aprova o regulamento técnico para medicamentos genéricos;

**CONSIDERANDO** a Resolução RDC nº 138, de 29 de maio de 2003, da Diretoria Colegiada da Anvisa, que dispõe sobre o enquadramento na categoria de venda de medicamentos;

**CONSIDERANDO** a Resolução RDC nº 14, de 31 de março de 2010, da Diretoria Colegiada da Anvisa, que dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos;

**CONSIDERANDO** a Resolução RDC nº 20, de 5 de maio de 2011, da Diretoria Colegiada da Anvisa, que dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação;

**CONSIDERANDO** a Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, da Diretoria Colegiada da Anvisa, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;

**CONSIDERANDO** a Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009, do Conselho Federal de Medicina, que aprova o Código de Ética Médica, no que se refere à prescrição de medicamentos;

**CONSIDERANDO** a Resolução CFF nº 417, de 29 de setembro de 2004, do Conselho Federal de Farmácia, que aprova o Código de Ética da Profissão Farmacêutica;

**CONSIDERANDO** a Resolução CFF nº 586, de 29 de agosto de 2013, do Conselho Federal de Farmácia, que regula a prescrição farmacêutica;



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**CONSIDERANDO** a Nota Técnica da Anvisa sobre a RDC nº 20/2011, de 24 de setembro de 2013, que orienta os procedimentos relativos ao controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos de uso sob prescrição médica;

**CONSIDERANDO** a "Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde", 2011 – Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde (Portaria GM/MS nº 1.820, de 13 de agosto de 2009).

**DECRETA:**

**Art. 1º** Fica aprovada a 2ª Edição da REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o ano de 2022, proposta pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) do Município de Três Rios, na forma do Anexo Único que passa a fazer parte integrante deste Decreto.

**Art. 2º** Fica definida a REMUME como documento orientador das ações de planejamento e organização da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde do Município.

**Art. 3º** A Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Município de Três Rios divulgará aos prescritores, profissionais da rede municipal de saúde e aos munícipes à REMUME.

**Art. 4º** A Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil será responsável por medidas que garantam o fornecimento dos medicamentos constantes na REMUME, de forma contínua, nas farmácias municipais, segundo os protocolos estabelecidos.

**Art. 5º** A REMUME estará sujeita a possíveis revisões, modificações, alterações.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**Art. 6º** Caberá à CFT atualizar a publicação da REMUME no prazo máximo de 2 (dois) anos, após a análise das inclusões/exclusões solicitadas, inclusive as advindas de consultas públicas.

**Art. 7º** Este Decreto entra em vigor 30 (trinta) dias após a data de sua publicação, revogando-se todas as disposições em contrário, em especial o Decreto nº 4.270, de 14 de dezembro de 2010.

Três Rios, 12 de setembro de 2022.

***Joacir Barbaglio Pereira***

Prefeito

**Prefeitura Municipal de Três Rios  
Secretaria Municipal de Saúde de Três Rios  
Coordenação de Assistência Farmacêutica  
Comissão de Farmácia e Terapêutica**

# **GUIA DE MEDICAMENTOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS  
REMUME 2022**

**Três Rios – RJ  
1ª Edição**

Três Rios – RJ  
2022.

**Prefeitura Municipal de Três Rios  
Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil  
Coordenação de Assistência Farmacêutica**  
Rua da Maçonaria, nº 320 – Centro – Três Rios/RJ  
Cep: 25.805-025

Página 7 de 135

Tel: (24) 2252-1266 – 2252-1366 – 2252-1416 – 2251-1649  
[www.tresrios.rj.gov.br/saude](http://www.tresrios.rj.gov.br/saude)

**Prefeito Municipal**

Joacir Barbaglio Pereira

**Vice – Prefeito**

Jacqueson Martins Lima

**Secretária Municipal de Saúde**

Izabel Aparecida Mendonça Ferreira

**Coordenação de Assistência Farmacêutica**

Lilian Azevedo Zollikofer

Sérgio Luiz Abrantes Dutra

**Elaboração**

Ana Cristina Pinazo Geremias

Lilian Azevedo Zollikofer

Sérgio Luiz Abrantes Dutra

Talita Massi Tavares

Tarsila da Conceição Silva

### **Colaboradores**

Adriane de Castro Santa Rosa

Ana Carolina Lili de Oliveira

Jollo

Ana Cristina Pinazo Geremias

Angelo Cerqueira Guido

Carolina Trombini Delvaux

Mattos

Christiane Dias Gatti Castro

Débora de Fátima Rossini

Ellen Zimmermann Fattori

Liliane Medice Bandeira

Rosimere da Conceição

Coutinho

Sumário

INTRODUÇÃO.....	11
APRESENTAÇÃO .....	16
MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....	21
RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS (REMUME) – 2022 .....	21
RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS (REMUME) – 2022 ORDEM ALFABÉTICA.....	39
MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....	47
MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESTRATÉGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....	77
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA .....	88
ANEXO I – MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA .....	90
ANEXO II – MEDICAMENTOS PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL .....	129
ANEXO III – RELAÇÃO MUNICIPAL FITOTERÁPICOS.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
ANEXO IV – INCLUSÕES E EXCLUSÕES - RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS - 2022 .....	131

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS – instituído pela Constituição Federal de 1988 tem como princípios constitutivos a Universalidade do acesso, a Integralidade da atenção e Igualdade de todos perante o sistema. Está incluída ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde a execução de ações de Assistência Terapêutica Integral, inclusive Farmacêutica.

A Assistência Farmacêutica (AF) no SUS é uma ação de saúde pública e parte integrante do sistema de saúde e está definida na Política Nacional de Medicamentos como: "Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos" (BRASIL, 1998).

A Política Nacional de Medicamentos, publicada em 1998 por meio da portaria GM/MS nº 3.916, tem como principais finalidades:

- garantir a necessária segurança, eficácia e a qualidade dos medicamentos;
- a promoção do uso racional dos medicamentos;
- o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais.

Esta política, que envolve o acesso aos medicamentos, tem caráter sistêmico e multidisciplinar e apresenta um conjunto de diretrizes para alcançar estes objetivos, que incluem como prioridade a revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME, a reorientação da assistência farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos e a organização das atividades de Vigilância Sanitária de Medicamentos.

Mais especificamente, a reorientação da Assistência Farmacêutica se encontra fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional de medicamentos, na otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos (BRASIL, 1998).

A Assistência Farmacêutica é um conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico e por outros profissionais de saúde, voltadas para promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando seu acesso e uso racional. Hoje um dos setores de maior impacto financeiro no âmbito do

SUS, e a tendência de demanda por medicamentos é crescente. A ausência de um gerenciamento efetivo pode acarretar grandes desperdícios, sendo considerado recurso crucial.

No município de Três Rios a Assistência Farmacêutica tem como objetivo garantir o abastecimento da rede pública de serviços de saúde com medicamentos essenciais e especializados, promover o uso racional e o acesso à população através da equidade e universalidade da assistência.

O financiamento da Assistência Farmacêutica estava restrito a medicamentos. A partir da publicação da Portaria GM/MS nº 399, de 23 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde, fica estabelecido que todas as esferas de gestão do SUS são responsáveis pela promoção e estruturação da Assistência Farmacêutica e a garantia do acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas.

#### **A Assistência Farmacêutica é dividida em três componentes:**

##### **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF)**

Esse componente tem financiamento pelo do Ministério da Saúde para o custeio dos medicamentos destinados ao tratamento de doenças que, por sua natureza, possuam abordagem terapêutica estabelecida, com perfil endêmico, que tenham impacto socioeconômico e sejam consideradas problemas de saúde pública pelo gestor federal. O objetivo deste componente é disponibilizar medicamentos para o atendimento de programas estratégicos de saúde, congregando medicamentos para controle da tuberculose, da hanseníase, antirretrovirais dos programas de DST/AIDS, endemias focais como malária, leishmaniose, Doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional, sangue e hemoderivados, entre outros.

Esse grupo possui uma logística de funcionamento própria, tendo a participação das três esferas de gestão do SUS. Ao MS cabe, principalmente, programar, adquirir e distribuir aos estados. As Secretarias Estaduais de Saúde podem armazenar distribuir e apoiar a programação, enquanto os municípios também armazenam, distribui aos pontos de cuidado e promovem a dispensação.

### Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)

O CBAF está voltado para a aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da atenção básica em saúde. Tem como base de organização a Relação Nacional de Medicamentos (Rename), em vigor, que envolve tanto o anexo I (medicamentos do CBAF) como o IV (insumos).

A Portaria GM/MS nº 3193, de 10 de dezembro de 2019 alterou a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, e estabeleceu as seguintes mudanças:

- » adoção do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) para ajuste do valor per capita na contrapartida federal, na tentativa de considerar a equidade no financiamento da AF. Os valores por habitante poderão variar segundo classificação dos municípios nos cinco grupos do IDHM,
- » atualização da população de referência para o repasse, utilizando a estimativa Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2019 para as contrapartidas dos três entes, sem redução de custeio;
- » manutenção dos valores atuais das contrapartidas estaduais e municipais, ambos permanecendo o valor mínimo em R\$ 2,36

Faixa IDHM	Contrapartida federal habitante/ano
Muito baixo	R\$ 6,05
Baixo	R\$ 6,00
Médio	R\$ 5,95
Alto	R\$ 5,90
Muito alto	R\$ 5,85

Legenda: IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.

Conforme as regras vigentes, por meio das atualizações da Portaria de Consolidação nº 6/2017, o somatório dos valores das contrapartidas mínimas dos três entes de gestão poderá ocorrer na faixa entre R\$ 10,57 (maior IDHM) a R\$ 10,77 (menor IDHM), dependendo do enquadramento do IDHM de cada município, distribuídos da seguinte forma: União: R\$ R\$ 5,85 a R\$ 6,05 (variação segue faixa de IDHM) por habitante/ano; estados e municípios (e Distrito Federal) no mínimo R\$ 2,36 por habitante/ano cada ente.

### **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)**

O financiamento do CEAF está estabelecido na Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (que incorporou a Portaria GM/MS nº 1.554/2013). A Portaria de Consolidação redefiniu regras de financiamento do SUS relaciona os medicamentos que compõem as linhas de cuidado para as doenças contempladas, que por sua vez devem estar garantidos mediante pactuação entre a União, estados, Distrito Federal e municípios.

O medicamento no CEAF tem seu acesso em nível ambulatorial e deve ter por base os critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Esses PCDT definem quais são os medicamentos disponibilizados para o tratamento das doenças contempladas, com seus respectivos códigos de classificação internacional de doença.

### Características e responsabilidades de financiamento da AF no Brasil

Componente	Características	Responsabilidade de financiamento
Estratégico CESAF	Tratamento de grupo de agravos específicos, agudos ou crônicos, contemplados em programas estratégicos do MS com protocolos e normas estabelecidas	Ministério da Saúde compra e distribui medicamentos às SES ou diretamente aos Municípios, dependendo do porte
Especializado CEAF	Estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, que visa a garantia da integralidade do tratamento, em nível ambulatorial Abordagens terapêuticas estabelecidas em PCDT, publicadas pelo MS	Divididos em três grupos: » Grupo I - MS » Grupo II - SES » Grupo III - União, estados, DF e municípios (segue as regras do CBAF)
Básico CBAF	Aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da APS Elenco de referência de medicamentos e insumos complementares, com base na RENAME vigente Adoção do princípio da equidade por parte do ente federal, conforme classificação do IDHM dos municípios no financiamento	Três esferas de gestão, com contrapartidas mínimas definidas As contrapartidas estaduais ou municipais podem ser aumentadas, conforme pactuação na CIB

Legenda: IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, MS: Ministério da Saúde, SES: Secretaria de Estado de Saúde, SMS: Secretaria Municipal de Saúde, CIB: Comissão Intergestores Bipartite

## APRESENTAÇÃO

*"Medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem às necessidades prioritárias no processo do cuidado à saúde de uma população. Eles devem ser selecionados com o objetivo de atender aos problemas de relevância em saúde pública, devendo ser consideradas as evidências de eficácia e segurança, assim como dados das relações custo-efetividade e custo-benefício". (adaptado: WHO, 2002b)*

A Secretaria de Saúde e Defesa Civil de Três Rios – SMSDC, órgão gestor do SUS municipal, e em cumprimento às diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, disponibiliza a atualização da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais — REMUME TRÊS RIOS 2022.

Neste sentido, a SMSDC Três Rios busca definir uma política municipal de medicamentos que garanta o arsenal terapêutico necessário ao atendimento dos principais problemas de saúde do município, respeitado as responsabilidades tripartites na aquisição e distribuição de medicamentos no SUS, além de ações gerenciais voltadas para a implementação de todas as etapas do ciclo da assistência farmacêutica estabelecidas pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

### Ciclo da Assistência Farmacêutica



MARN, N. et al. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003. p.5 – 133.

A seleção de medicamentos segundo Marin *et al.* (2003) possibilita ganhos terapêuticos e econômicos, sendo os ganhos terapêuticos aqueles relacionados à promoção do uso racional e à melhoria da qualidade terapêutica, e os econômicos aqueles que se referem à racionalização dos custos dos tratamentos.

Dessa forma, uma lista padronizada de medicamentos é um instrumento que favorece a qualidade na assistência, produzindo resolutividade nas intervenções e desdobrando-se na incorporação de uma visão construtiva de sustentabilidade do sistema de atenção à saúde no nível municipal.

A revisão da REMUME de Três Rios contou com a colaboração de diversos especialistas como farmacêuticos, médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros que sugeriram a inclusão ou exclusão de itens em conformidade com o padrão de prescrição e utilização dos mesmos.

A REMUME-TRÊS RIOS 2022 deve ser empregada como parâmetro nas ações de saúde que envolva condutas terapêuticas baseadas em evidências científicas, sendo delineador das diversas atividades relacionadas ao ato de prescrição, dispensação, uso racional de medicamentos, diminuição de custos, manutenção da integralidade terapêutica, dentre outras. A formulação e a implementação desta relação de medicamentos revisada e atualizada deve resguardar e permitir que predominem as necessidades coletivas sobre os interesses mercadológicos e individuais, mediante a maior cobertura assistencial possível.

Esta relação de medicamentos destina-se ao uso exclusivo dos pacientes atendidos nos serviços próprios da rede municipal de saúde de Três Rios, sendo disponibilizados nas unidades de saúde conforme o perfil assistencial das mesmas. Deste modo, este instrumento tem caráter delineador de condutas profissionais pautadas na melhor evidência, buscando a garantia de acesso aos medicamentos e por fim almejando o seu uso seguro e racional dos mesmos. Nesta relação, foram alocados todos os medicamentos utilizados na rede municipal de saúde, incluindo aqueles destinados aos programas de saúde oficiais (HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, saúde mental, saúde da mulher etc.) e alguns correlatos.

Espera-se que, com a publicidade deste documento, haja uma ampla divulgação entre os profissionais de saúde da rede SMSDC TRÊS RIOS, de forma que todos possam acessá-la de maneira rápida e eficiente, propiciando qualidade no processo de cuidado em saúde.

A REMUME-TRÊS RIOS 2022 é composta por todos os medicamentos utilizados na SMSDC; oriundos de aquisição direta ou de repasses dos programas estratégicos do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde.

Cada medicamento foi designado pela denominação comum brasileira (DCB) acompanhado de concentração, forma e apresentação farmacêuticas.

Uma primeira parte traz a lista de todos os medicamentos padronizados pela SMSDC TRÊS RIOS por classe terapêutica. Posteriormente, temos a listagem completa dos medicamentos, organizada em ordem alfabética.

### **Recomendações para prescrição de medicamentos na SMSDC Três Rios**

A prescrição médica é a orientação escrita sobre como o paciente deve utilizar seu medicamento, visando otimizar os resultados terapêuticos. A prescrição de qualidade possibilita melhor adesão ao tratamento e diminui os riscos associados à utilização inadequada dos medicamentos, assim como os erros de dispensação, dentre outros. No momento da prescrição, o profissional de saúde deve ter em mente as seguintes diretrizes:

- A REMUME-TRÊS RIOS deve sempre ser a norteadora das prescrições de medicamentos no âmbito da SMSDC TRÊS RIOS.
- Discutir claramente com o paciente o tratamento proposto, esclarecendo suas dúvidas, visando garantir a correta utilização dos medicamentos.
- Não prescrever medicamentos sem eficácia e segurança comprovadas.
- Optar pelo esquema terapêutico mais curto, mais simples e com menor custo sempre que possível.
- Avaliar o que foi prescrito, observando a disponibilidade pública do medicamento, através da garantia ao seu acesso.

### **LOCAL DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS:**

A REMUME-TRÊS RIOS 2022 reúne as relações de medicamentos para distintas unidades de atendimento – unidades da Rede de Atenção Básica e de Especialidades, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Serviços de Odontologia, estabelecidas para a cobertura de ações de saúde que requerem intervenções farmacológicas.

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) encontram-se disponíveis para dispensa aos cidadãos medicamentos do componente básico da Assistência Farmacêutica, o que assegura o tratamento necessário às doenças mais prevalentes.

Na farmácia da Unidade de Vigilância Epidemiológica de Três Rios estão disponíveis medicamentos de alguns programas estratégicos (como tuberculose, hanseníase, AIDS, entre outros).

Já os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), antes conhecidos como “farmácia de Alto Custo”, direcionados ao tratamento de doenças crônicas de acordo com parâmetros contidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidos pelo Ministério da Saúde, são disponibilizados na Farmácia Polo do município.

Na tabela de medicamentos organizados por ordem terapêutica, encontra-se uma coluna com o local de acesso de cada medicamento.

## MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS (REMUME) – 2022					
1. MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA					
1.1. MEDICAMENTOS DE USO AMBULATORIAL PARA DISPENSAÇÃO NAS UNIDADES DE SAÚDE:					
Analgésicos e Antipiréticos:					
Item	Medicamento	Apresentação	Local de Acesso	Componente	PCDT (Federal, Estadual, Municipal)
1	DIPIRONA SÓDICA 500MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML SOLUÇÃO ORAL	GOTAS	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
3	PARACETAMOL 500MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
Analgésicos Opióides e Antagonistas:					
Item	Medicamento	Apresentação	Local de Acesso	Componente	PCDT (Federal, Estadual, Municipal)
4	CODEÍNA 30MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL

<b>Antibacterianos:</b>					
<b>Item</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Local de Acesso</b>	<b>Componente</b>	<b>PCDT (Federal, Estadual, Municipal)</b>
5	AMOXICILINA (500MG) + CLAVULANATO DE POTÁSSIO (125MG)	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
6	AMOXICILINA (50MG) + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 12,5MG/ML	SUSPENSÃO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
7	AMOXICILINA 500MG	CÁPSULA	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
8	AMOXICILINA 50MG/ML	PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
9	AZITROMICINA 500MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
10	AZITROMICINA 200MG/5ML	PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
11	BENZOILMETRONIDAZOL 40MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
12	METRONIDAZOL 250MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
13	METRONIDAZOL 100MG/G CREME VAGINAL	BISNAGA 50G	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
14	NEOMICINA + BACITRACINA	BISNAGA 15G	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL

15	BENZATINA 600.000UI	BENZILPENICILINA	INJETÁVEL	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
16	BENZATINA 1.200.000UI	BENZILPENICILINA	INJETÁVEL	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
17	CEFALEXINA 500MG		CÁPSULA/ COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
18	CLARITROMICINA 500MG		COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
19	CLINDAMICINA 300MG		COMPRIMIDO	EPIDEMIOLOGIA	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL
20	CLARITROMICINA 50MG/ML		SUSPENSÃO ORAL	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
21	CEFALEXINA 50MG/ML		SUSPENSÃO ORAL	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
22	CEFTRIAXONA 250MG IM		PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	EPIDEMIOLOGIA	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL
23	CLORANFENICOL 500MG		COMPRIMIDO	EPIDEMIOLOGIA	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL
24	CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 500MG		COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
25	ERITROMICINA 500MG		COMPRIMIDO	EPIDEMIOLOGIA	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL
26	SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPINA 400MG + 80MG		COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
27	SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPINA (40MG+8MG)/ML		SUSPENSÃO ORAL	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL

28	NORFLOXACINO 400MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
29	SULFADIAZINA DE PRATA, 1% CREME	BISNAGA 30G	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
<b>Anti-infecciosos para uso sistêmico:</b>					
<b>Item</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Local de Acesso</b>	<b>Componente</b>	<b>PCDT (Federal, Estadual, Municipal)</b>
30	ACICLOVIR 200 MG COMP		EPIDEMIOLOGIA	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL
<b>Antiagregantes/Anticoagulantes:</b>					
<b>Item</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Local de Acesso</b>	<b>Componente</b>	<b>PCDT (Federal, Estadual, Municipal)</b>
31	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
32	VARFARINA 5MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
<b>Antifúngicos:</b>					
<b>Item</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Local de Acesso</b>	<b>Componente</b>	<b>PCDT (Federal, Estadual, Municipal)</b>
33	CETOCONAZOL 200MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
34	FLUCONAZOL 150MG	CÁPSULA	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL

35	SECNIDAZOL 1G	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
36	CETOCONAZOL 20MG/G	BISNAGA 30G	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
37	MEBENDAZOL 20MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
38	NISTATINA 25000U/g CREME VAGINAL	BISNAGA 60G	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
39	NITRATO DE MICONAZOL 2% CREME VAGINAL	BISNAGA 80G	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
40	ITRACONAZOL 100MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
<b>Antiglaucoma e outros oftálmicos:</b>					
Item	Medicamento	Apresentação	Local de Acesso	Componente	PCDT (Federal, Estadual, Municipal)
41	TOBRAMICINA 3MG/ML	SOLUÇÃO OFTÁLMICA	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
42	DEXAMETASONA 1MG/ML	SOLUÇÃO OFTÁLMICA	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
43	MALEATO DE TIMOLOL 0,5%	COLÍRIO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
<b>Anti-histamínicos e antialérgicos:</b>					
Item	Medicamento	Apresentação	Local de Acesso	Componente	PCDT (Federal, Estadual, Municipal)

44	MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA 0,4MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
45	MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA 2MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
46	LORATADINA 10MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
47	LORATADINA 1MG/ML	XAROPE	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
48	FOSFATO SÓDICO DE PREDNISOLONA 3MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
49	PREDNISONA 20MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
50	PREDNISONA 5MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
51	CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25MG/ML	AMPOLA 2ML	UPA	BÁSICO	MUNICIPAL
52	CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
<b>Anti-inflamatórios Não Hormonais:</b>					
<b>Item</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Local de Acesso</b>	<b>Componente</b>	<b>PCDT (Federal, Estadual, Municipal)</b>
53	DICLOFENACO DE POTÁSSIO 50MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
54	IBUPROFENO 300MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL

55	IBUPROFENO 100MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
56	NIMESULIDA 100MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
<b>Antiparasitários:</b>					
Item	Medicamento	Apresentação	Local de Acesso	Componente	PCDT (Federal, Estadual, Municipal)
57	ALBENDAZOL 400MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
58	ALBENDAZOL 40MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
59	BENZOILMETRONIDAZOL 40MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
60	IVERMECTINA 6MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
61	MEBENDAZOL 20MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
62	METRONIDAZOL 250MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
63	PERMETRINA 10MG/ML LOÇÃO	FRASCO 60 ML	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
<b>Anti-inflamatórios Esteróides:</b>					
Item	Medicamento	Apresentação	Local de Acesso	Componente	PCDT (Federal, Estadual, Municipal)

64	DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA 250MCG/DOSE	SPRAY ORAL	FARMÁCIA POPULAR	BÁSICO	FEDERAL
65	DEXAMETASONA 4MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
66	DEXAMETASONA 1MG/ML	ELIXIR	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
67	DEXAMETASONA 0,1%	CREME	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
68	DIPROPIONATO DE BETAMETASONA + FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA 5MG/ML + 2MG/ML	SUSPENSÃO INJETÁVEL	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
<b>Hipolipemiantes:</b>					
Item	Medicamento	Apresentação	Local de Acesso	Componente	PCDT (Federal, Estadual, Municipal)
69	SINVASTATINA 20MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
<b>Hormônio Tireoidiano:</b>					
Item	Medicamento	Apresentação	Local de Acesso	Componente	PCDT (Federal, Estadual, Municipal)
70	LEVOTIROXINA 25MCG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
71	LEVOTIROXINA 50MCG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
72	LEVOTIROXINA 100MCG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
<b>Insulinas e Antidiabéticos Orais:</b>					

Item	Medicamento	Apresentação	Local de Acesso	Componente	PCDT (Federal, Estadual, Municipal)
73	GLIBENCLAMIDA 5MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
74	GLICLAZIDA 30MG	COMPRIMIDO LIBERAÇÃO PROLONGADA	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
75	METFORMINA 500MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
76	METFORMINA 500MG	COMPRIMIDO LIBERAÇÃO PROLONGADA	FARMÁCIA POPULAR	BÁSICO	FEDERAL
77	GLIMEPIRIDA 2MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
78	METFORMINA 850MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
79	METFORMINA 850MG	COMPRIMIDO LIBERAÇÃO PROLONGADA	FARMÁCIA POPULAR	BÁSICO	FEDERAL
80	INSULINA NPH HUMANA 100UI/ML	FRASCO 10ML	FARMÁCIA POPULAR / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	FEDERAL
81	INSULINA REGULAR HUMANA 100UI/ML	FRASCO 10ML	FARMÁCIA POPULAR / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	FEDERAL
82	CANETA INSULINA NPH HUMANA 100UI/ML	TUBETE 3ML	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	FEDERAL

83	CANETA INSULINA REGULAR HUMANA 100UI/ML	TUBETE 3ML	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	FEDERAL
<b>Medicamentos que atuam sobre o Sistema Cardiovascular e Renal:</b>					
Item	Medicamento	Apresentação	Local de Acesso	Componente	PCDT (Federal, Estadual, Municipal)
84	AMIODARONA 200MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
85	BESILATO DE ANLODIPINO 5MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
86	BESILATO DE ANLODIPINO 10MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
87	BISOPROLOL 2,5MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
88	CAPTOPRIL 25MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
89	ATENOLOL 25MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA POPULAR / UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	FEDERAL
90	CARVEDILOL 3,125MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
91	CARVEDILOL 12,5MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL

92	DIGOXINA 0,25MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
93	MALEATO DE ENALAPRIL 10MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
94	MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 20MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
95	ESPIRONOLACTONA 25MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
96	FUROSEMIDA 40MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
97	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
98	INDAPAMIDA 1,5MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
99	LOSARTANA 50MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
100	VERAPAMIL 80 MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
101	NIFEDIPINO 20MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
102	PROPANOLOL, CLORIDRATO 40MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL

**Medicamentos e Insumos que atuam sobre o Sistema Reprodutor/Contraceptivos:**

Item	Medicamento	Apresentação	Local de Acesso	Componente	PCDT (Federal, Estadual, Municipal)
103	ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL 0,03MG + 0,15MG	COMPRIMIDO	UBS / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	FEDERAL
104	LEVONORGESTREL 0,75MG	COMPRIMIDO	UBS / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	FEDERAL
105	NORETISTERONA 0,35MG	COMPRIMIDO	UBS / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	FEDERAL
106	ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 150MG/ML	SUSPENSÃO INJETÁVEL	UBS / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	FEDERAL
107	ENANTATO DE NORESTISTERONA + VALERATO DE ESTRADIOL 50MG/ML + 5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	FEDERAL

**Medicamentos que atuam sobre o Sistema Digestivo:**

Item	Medicamento	Apresentação	Local de Acesso	Componente	PCDT (Federal, Estadual, Municipal)
108	BROMOPRIDA 4MG/ML	SOLUÇÃO ORAL - GOTAS	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
109	OMEPRAZOL 20MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
110	DOMPERIDONA 10MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
111	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO + HIDRÓXIDO DE MAGNÉSIO (60MG + 40MG)/ML	SUSPENSÃO ORAL	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
112	METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 10MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
113	METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 4MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL

114	PANTOPRAZOL 20MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
<b>Medicamentos que atuam sobre o Sistema Nervoso Central:</b>					
Item	Medicamento	Apresentação	Local de Acesso	Componente	PCDT (Federal, Estadual, Municipal)
115	ÁCIDO VALPRÓICO 50MG/ML	XAROPE	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
116	ÁCIDO VALPRÓICO 500MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
117	ÁCIDO VALPRÓICO 250MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
118	CLODRATO DE AMITRIPTILINA 25MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
119	BIPERIDENO 2MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
120	BROMAZEPAM 3MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
121	BROMAZEPAM 6MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
122	CARBAMAZEPINA 200MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
123	CARBAMAZEPINA 20MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
124	CARBONATO DE LÍTIO 300MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
125	CLOMIPRAMINA 25MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
126	CLONAZEPAM 2MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
127	CLONAZEPAM 2,5MG/ML	SOL ORAL-GOTAS	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL

128	CLORIDRATO DE FLUOXETINA 20MG	CÁPSULA	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
129	CITALOPRAM 20MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
130	CLORPROMAZINA 100MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
131	DIAZEPAM 10MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
132	FENITOÍNA SÓDICA 100MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
133	FENOBARBITAL SÓDICO 100MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
134	FENOBARBITAL SÓDICO 40MG/ML SOLUÇÃO ORAL	GOTAS	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
135	FLUFENAZINA 25MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	USO INTERNO CAPS/RT	BÁSICO	MUNICIPAL
136	SERTRALINA 50MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
137	HALOPERIDOL 1MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
138	HALOPERIDOL 5MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
139	DECANOATO DE HALOPERIDOL	SOLUÇÃO INJETÁVEL	USO INTERNO CAPS/RT	BÁSICO	MUNICIPAL
140	LEVODOPA + BENSERAZIDA 100MG + 25MG	CÁPSULA LIBERAÇÃO PROLONGADA	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
141	LEVODOPA + BENSERAZIDA 200MG + 50MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
142	LEVOMEPRIMAZINA 100MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
143	RISPERIDONA 1MG/ML	SOLUÇÃO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL

**Medicamentos que atuam sobre o Sistema Respiratório:**

Item	Medicamento	Apresentação	Local de Acesso	Componente	PCDT (Federal, Estadual, Municipal)
144	AMINOFILINA 100MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
145	CLORIDRATO DE AMBROXOL 3MG/ML	XAROPE	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
146	CLORIDRATO DE AMBROXOL 6MG/ML	XAROPE	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
147	CLORETO DE SÓDIO 0,9%	SOLUÇÃO NASAL	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
148	SULFATO DE SALBUTAMOL 100MCG/DOSE	AEROSSOL 200 DOSES	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
149	DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA 250MCG/DOSE	SPRAY ORAL	FARMÁCIA POPULAR	BÁSICO	FEDERAL
150	PREDNISONA 5MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
151	BROMETO DE IPRATRÓPIO 0,25MG/ML	SOLUÇÃO INALANTE	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
<b>Medicamentos utilizados no Tratamento/Prevenção da Osteoporose:</b>					
Item	Medicamento	Apresentação	Local de Acesso	Componente	PCDT (Federal, Estadual, Municipal)
152	ALENDRONATO SÓDICO 70MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL

153	CARBONATO DE CÁLCIO 500MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
154	CARBONATO DE CÁLCIO 600MG + COLECALCIFEROL 400UI	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
<b>Vitaminas e Sais Minerais:</b>					
Item	Medicamento	Apresentação	Local de Acesso	Componente	PCDT (Federal, Estadual, Municipal)
155	ÁCIDO FÓLICO 5MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
156	CARBONATO DE CÁLCIO 500MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
157	CARBONATO DE CÁLCIO 600MG + VITAMINA D3 400UI	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
158	CLORIDRATO DE TIAMINA 300MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
159	COMPLEXO B	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
160	POLIVITAMÍNICO	SUSPENSÃO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
161	POLIVITAMÍNICO	GOTAS	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
162	POLIVITAMÍNICO	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL

163	SULFATO FERROSO 40MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
164	SULFATO FERROSO 25MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
165	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL	PÓ PARA SOLUÇÃO ORAL	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
<b>Medicamentos saúde do homem:</b>					
Item	Medicamento	Apresentação	Local de Acesso	Componente	PCDT (Federal, Estadual, Municipal)
166	FINASTERIDA 5MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
167	DOXAZOSINA 2MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
<b>Medicamentos que atuam no sistema vascular:</b>					
Item	Medicamento	Apresentação	Local de Acesso	Componente	PCDT (Federal, Estadual, Municipal)
168	CLOPIDOGREL 75MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
169	CILOSTAZOL 50MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
170	RIVAROXABANA 10MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
171	DIOSMINA + HESPERIDINA 450MG + 50MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CENTRAL	BÁSICO	MUNICIPAL
<b>Outros:</b>					

<b>Item</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Local de Acesso</b>	<b>Componente</b>	<b>PCDT (Federal, Estadual, Municipal)</b>
172	ÁCIDO FOLÍNICO 15 MG	COMPRIMIDO	EPIDEMIOLOGIA	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL
173	ALOPURINOL 100MG	COMPRIMIDO	UBS / FARMÁCIA CENTRAL / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
174	CLORETO DE SÓDIO 0,9% FRASCO 250ML SISTEMA FECHADO	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
175	COLAGENASE 0,6UI/G	BISNAGA 30G	UBS / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
176	ÓLEO DE GIRASSOL	FRASCO 200ML	UBS / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL
177	LIDOCAÍNA 20MG/G	GELÉIA	UBS / CLÍNICA DA FAMÍLIA	BÁSICO	MUNICIPAL

**RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS (REMUME) – 2022 ORDEM ALFABÉTICA**

<b>Item</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Componente</b>	<b>PCDT (Federal, Estadual, Municipal)</b>
1	ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 150MG/ML	SUSPENSÃO INJETÁVEL	BÁSICO	FEDERAL
2	ACICLOVIR 200 MG COMP	COMPRIMIDO	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL
3	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
4	ÁCIDO FÓLICO 5MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
5	ÁCIDO FOLÍNICO 15 MG	COMPRIMIDO	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL
6	ÁCIDO VALPRÓICO 250MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
7	ÁCIDO VALPRÓICO 500MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
8	ÁCIDO VALPRÓICO 50MG/ML	XAROPE	BÁSICO	MUNICIPAL
9	ALBENDAZOL 400MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
10	ALBENDAZOL 40MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	BÁSICO	MUNICIPAL
11	ALENDRONATO SÓDICO 70MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
12	ALOPURINOL 100MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
13	AMINOFILINA 100MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
14	AMIODARONA 200MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
15	AMOXICILINA (500MG) + CLAVULANATO DE POTÁSSIO (125MG)	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
16	AMOXICILINA (50MG) + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 12,5MG/ML	SUSPENSÃO	BÁSICO	MUNICIPAL
17	AMOXICILINA 500MG	CÁPSULA	BÁSICO	MUNICIPAL
18	AMOXICILINA 50MG/ML	PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	BÁSICO	MUNICIPAL

19	ATENOLOL 25MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	FEDERAL
20	AZITROMICINA 200MG/5ML	PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	BÁSICO	MUNICIPAL
21	AZITROMICINA 500MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
22	BENZATINA BENZILPENICILINA 1.200.000UI	SOLUÇÃO INJETÁVEL	BÁSICO	MUNICIPAL
23	BENZOIMETRONIDAZOL 40MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	BÁSICO	MUNICIPAL
24	BESILATO DE ANLÓDIPINO 10MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
25	BESILATO DE ANLÓDIPINO 5MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
26	BIPERIDENO 2MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
27	BISOPROLOL 2,5MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
28	BROMAZEPAM 3MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
29	BROMAZEPAM 6MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
30	BROMETO DE IPRATRÓPIO 0,25MG/ML	SOLUÇÃO INALANTE	BÁSICO	MUNICIPAL
31	BROMOPRIDA 4MG/ML	SOLUÇÃO ORAL - GOTAS	BÁSICO	MUNICIPAL
32	CANETA INSULINA NPH HUMANA 100UI/ML	TUBETE 3ML	BÁSICO	FEDERAL
33	CANETA INSULINA REGULAR HUMANA 100UI/ML	TUBETE 3ML	BÁSICO	FEDERAL
34	CAPTOPRIL 25MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
35	CARBAMAZEPINA 200MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
36	CARBAMAZEPINA 20MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	BÁSICO	MUNICIPAL
37	CARBONATO DE CÁLCIO 500MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
38	CARBONATO DE CÁLCIO 600MG + COLECALCIFEROL 400UI	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
39	CARBONATO DE LÍTIO 300MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
40	CARVEDILOL 12,5MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
41	CARVEDILOL 3,125MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
42	CEFALEXINA 500MG	CÁPSULA/ COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL

43	CEFALEXINA 50MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	BÁSICO	MUNICIPAL
44	CEFTRIAXONA 250MG IM	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL
45	CETOCONAZOL 200MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
46	CETOCONAZOL 20MG/G	BISNAGA 30G	BÁSICO	MUNICIPAL
47	CILOSTAZOL 50MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
48	CITALOPRAM 20MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
49	CLARITROMICINA 500MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
50	CLARITROMICINA 50MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	BÁSICO	MUNICIPAL
51	CLINDAMICINA 300MG	COMPRIMIDO	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL
52	CLOMIPRAMINA 25MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
53	CLONAZEPAM 2,5MG/ML	SOL ORAL- GOTAS	BÁSICO	MUNICIPAL
54	CLONAZEPAM 2MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
55	CLOPIDOGREL 75MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
56	CLORANFENICOL 500MG	COMPRIMIDO	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL
57	CLORETO DE SÓDIO 0,9%	SOLUÇÃO NASAL	BÁSICO	MUNICIPAL
58	CLORETO DE SÓDIO 0,9% FRASCO 250ML SISTEMA FECHADO	SOLUÇÃO INJETÁVEL	BÁSICO	MUNICIPAL
59	CLORIDRATO DE FLUOXETINA 20MG	CÁPSULA	BÁSICO	MUNICIPAL
60	CLORIDRATO DE AMBROXOL 3MG/ML	XAROPE	BÁSICO	MUNICIPAL
61	CLORIDRATO DE AMBROXOL 6MG/ML	XAROPE	BÁSICO	MUNICIPAL
62	CLORIDRATO DE AMITRIPTILINA 25MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
63	CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 500MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
64	CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
65	CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25MG/ML	AMPOLA 2ML	BÁSICO	MUNICIPAL
66	CLORIDRATO DE TIAMINA 300MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL

67	CLORPROMAZINA 100MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
68	CODEÍNA 30MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
69	COLAGENASE 0,6UI/G	BISNAGA 30G	BÁSICO	MUNICIPAL
70	COMPLEXO B	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
71	DECANOATO DE HALOPERIDOL	SOLUÇÃO INJETÁVEL	BÁSICO	MUNICIPAL
72	DEXAMETASONA 0,1%	CREME	BÁSICO	MUNICIPAL
73	DEXAMETASONA 1MG/ML	SOLUÇÃO OFTÁLMICA	BÁSICO	MUNICIPAL
74	DEXAMETASONA 1MG/ML	ELIXIR	BÁSICO	MUNICIPAL
75	DEXAMETASONA 4MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
76	DIAZEPAM 10MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
77	DICLOFENACO DE POTÁSSIO 50MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
78	DIGOXINA 0,25MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
79	DIOSMINA + HESPERIDINA 450MG + 50MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
80	DIPIRONA SÓDICA 500MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
81	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML SOLUÇÃO ORAL	GOTAS	BÁSICO	MUNICIPAL
82	DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA 250MCG/DOSE	SPRAY ORAL	BÁSICO	FEDERAL
83	DIPROPIONATO DE BETAMETASONA + FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA 5MG/ML + 2MG/ML	SUSPENSÃO INJETÁVEL	BÁSICO	MUNICIPAL
84	DOMPERIDONA 10MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
85	DOXAZOSINA 2MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
86	ENANTATO DE NORESTISTERONA + VALERATO DE ESTRADIOL 50MG/ML + 5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	BÁSICO	FEDERAL
87	ERITROMICINA 500MG	COMPRIMIDO	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL

88	ESPIRONOLACTONA 25MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
89	ETINILESTRADIOL LEVONORGESTREL 0,03MG + 0,15MG <sup>+</sup>	COMPRIMIDO	BÁSICO	FEDERAL
90	FENITOÍNA SÓDICA 100MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
91	FENOBARBITAL SÓDICO 100MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
92	FENOBARBITAL SÓDICO 40MG/ML SOLUÇÃO ORAL	GOTAS	BÁSICO	MUNICIPAL
93	FINASTERIDA 5MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
94	FLUCONAZOL 150MG	CÁPSULA	BÁSICO	MUNICIPAL
95	FLUFENAZINA 25MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	BÁSICO	MUNICIPAL
96	FOSFATO SÓDICO DE PREDNISOLONA 3MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	BÁSICO	MUNICIPAL
97	FUROSEMIDA 40MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
98	GLIBENCLAMIDA 5MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
99	GLICLAZIDA 30MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
100	GLIMEPIRIDA 2MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
101	HALOPERIDOL 1MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
102	HALOPERIDOL 5MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
103	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
104	IBUPROFENO 100MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	BÁSICO	MUNICIPAL
105	IBUPROFENO 300MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
106	INDAPAMIDA 1,5MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
107	INSULINA NPH HUMANA 100UI/ML	FRASCO 10ML	BÁSICO	FEDERAL
108	INSULINA REGULAR HUMANA 100UI/ML	FRASCO 10ML	BÁSICO	FEDERAL
109	ITRACONAZOL 100MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
110	IVERMECTINA 6MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
111	LEVODOPA + BENSERAZIDA 100MG + 25MG	CÁPSULA LIBERAÇÃO PROLONGADA	BÁSICO	MUNICIPAL
112	LEVODOPA + BENSERAZIDA 200MG + 50MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
113	LEVOMEPRMAZINA 100MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL

114	LEVONORGESTREL 0,75MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	FEDERAL
115	LEVOTIROXINA 100MCG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
116	LEVOTIROXINA 25MCG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
117	LEVOTIROXINA 50MCG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
118	LIDOCAÍNA 20MG/G	GELÉIA	BÁSICO	MUNICIPAL
119	LORATADINA 10MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
120	LORATADINA 1MG/ML	XAROPE	BÁSICO	MUNICIPAL
121	LOSARTANA 50MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
122	MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA 0,4MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	BÁSICO	MUNICIPAL
123	MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA 2MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
124	MALEATO DE ENALAPRIL 10MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
125	MALEATO DE TIMOLOL 0,5%	COLÍRIO	BÁSICO	MUNICIPAL
126	MEBENDAZOL 20MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	BÁSICO	MUNICIPAL
127	METFORMINA 500MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
128	METFORMINA 500MG	COMPRIMIDO LIBERAÇÃO PROLONGADA	BÁSICO	FEDERAL
129	METFORMINA 850MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
130	METFORMINA 850MG	COMPRIMIDO LIBERAÇÃO PROLONGADA	BÁSICO	FEDERAL
131	METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 10MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
132	METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 4MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	BÁSICO	MUNICIPAL
133	METRONIDAZOL 250MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
134	METRONIDAZOL 100MG/G CREME VAGINAL	BISNAGA 50G	BÁSICO	MUNICIPAL
135	MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 20MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
136	NEOMICINA + BACITRACINA	BISNAGA 15G	BÁSICO	MUNICIPAL
137	NIFEDIPINO 20MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL

138	NIMESULIDA 100MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
139	NISTATINA 25000U/g CREME VAGINAL	BISNAGA 60G	BÁSICO	MUNICIPAL
140	NITRATO DE MICONAZOL 2% CREME VAGINAL	BISNAGA 80G	BÁSICO	MUNICIPAL
141	NORESTISTERONA 0,35MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	FEDERAL
142	NORFLOXACINO 400MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
143	ÓLEO DE GIRASSOL	FRASCO 200ML	BÁSICO	MUNICIPAL
144	OMEPRAZOL 20MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
145	PANTOPRAZOL 20MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
146	PARACETAMOL 500MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
147	PERMETRINA 10MG/ML LOÇÃO	FRASCO 60 ML	BÁSICO	MUNICIPAL
148	POLIVITAMÍNICO	SUSPENSÃO	BÁSICO	MUNICIPAL
149	POLIVITAMÍNICO	GOTAS	BÁSICO	MUNICIPAL
150	POLIVITAMÍNICO	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
151	PREDNISONA 20MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
152	PREDNISONA 5MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
153	PROPRANOLOL , CLORIDRATO 40MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
154	RISPERIDONA 1MG/ML	SOLUÇÃO	BÁSICO	MUNICIPAL
155	RIVAROXABANA 10MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
156	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL	PÓ PARA SOLUÇÃO ORAL	BÁSICO	MUNICIPAL
157	SECNIDAZOL 1G	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
158	SERTRALINA 50MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
159	SINVASTATINA 20MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
160	SULFADIAZINA DE PRATA, 1% CREME	BISNAGA 30G	BÁSICO	MUNICIPAL
161	SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPINA (40MG+8MG)/ML	SUSPENSÃO ORAL	BÁSICO	MUNICIPAL

162	SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPINA 400MG + 80MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
163	SULFATO DE SALBUTAMOL 100MCG/DOSE	AEROSSOL 200 DOSES	BÁSICO	MUNICIPAL
164	SULFATO FERROSO 25MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	BÁSICO	MUNICIPAL
165	SULFATO FERROSO 40MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
166	TOBRAMICINA 3MG/ML	SOLUÇÃO OFTÁLMICA	BÁSICO	MUNICIPAL
167	VARFARINA 5MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
168	VERAPAMIL 80 MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL

## MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDU3MDY%2C>

ABATACEPTE 125 mg/mL INJETÁVEL - SERINGA PREENCHIDA (GRUPO 1A) - 06.04.32.014-0

CID	Descrição	Checklist
M05.0	Síndrome de Felty	<a href="#">Artrite reumatoide</a>
M05.1	Doença reumatóide do pulmão	
M05.2	Vasculite reumatóide	
M05.3	Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas	
M05.8	Outras artrites reumatoides soropositivas	
M06.0	Artrite reumatoide soronegativa	
M06.8	Outras artrites reumatoides especificadas	

ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 150 MG - COMP GRUPO 1.B - 06.04.63.004-2 ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 300 MG - COMP GRUPO 1.B - 06.04.63.005-0

CID	Descrição	Checklist
K74.3	Cirrose biliar primária	<a href="#">Colangite Biliar</a>

ACITRETINA 10 mg - CÁPSULA (GRUPO 1B) - 06.04.60.001-1

CID	Descrição	Checklist
L40.0	Psoríase vulgar	<a href="#">Psoríase</a>
L40.1	Psoríase pustulosa generalizada	
L40.4	Psoríase gutata	
L40.8	Outras formas de psoríase	
L44.0	Pitiríase rubra pilar	<a href="#">Pitiríase Rubra Pilar</a>
Q80.0	Ictiose vulgar	<a href="#">Ictioses</a>
Q80.1	Ictiose ligada ao cromossomo X	
Q80.2	Ictiose lamelar	
Q80.3	Eritrodermia ictiosiforme bolhosa congênita	
Q80.8	Outras ictioses congênicas	
Q82.8	Outras malformações congênicas especificadas da pele	

ADALIMUMABE 40 mg INJETÁVEL - SERINGA PREENCHIDA (GRUPO 1A) - 06.04.38.001-1

CID	Descrição	Checklist	
M05.0	Síndrome de Felty	<a href="#">Artrite reumatoide</a>	
M05.1	Doença reumatóide do pulmão		
M05.2	Vasculite reumatóide		
M05.3	Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas		
M05.8	Outras artrites reumatoides soropositivas		
M06.0	Artrite reumatoide soronegativa		
M06.8	Outras artrites reumatoides especificadas		
M08.0	Artrite reumatoide juvenil		
M08.1	Espondilite ancilosante juvenil		
M08.2	Artrite juvenil com início sistêmico		
M08.3	Poliartrite juvenil (soro-negativa)		
M08.4	Artrite juvenil pauciarticular		
M08.8	Outras artrites juvenis		
M08.9	Artrite juvenil não especificada		
M07.0	Artropatia psoriásica interfalagiana distal		<a href="#">Artrite psoriásica</a>
M07.2	Espondilite psoriásica		
M07.3	Outras artropatias psoriásicas		
M45	Espondilite ancilosante	<a href="#">Espondilite Ancilosante</a>	
M46.8	Outras espondilopatias inflamatórias especificadas		

ADALIMUMABE 40 mg INJETÁVEL - SERINGA PREENCHIDA (GRUPO 1A) - 06.04.38.006-2

CID	Descrição	Checklist
K50.0	Doença de Crohn do intestino delgado	<a href="#">Doença de Crohn</a>
K50.1	Doença de Crohn do intestino grosso	
K50.8	Outras formas de doença de Crohn	
L40.0	Psoríase vulgar	<a href="#">Psoríase</a>
L40.1	Psoríase pustulosa generalizada	
L40.4	Psoríase gutata	
L40.8	Outras formas de psoríase	
H15.0	Esclerite	<a href="#">Uveítes não infecciosas</a>
H20.1	Iridociclite crônica	
H30.1	Inflamação coriorretiniana disseminada	
H30.2	Ciclite posterior	
H30.8	Outras inflamações coriorretinianas	
L73.2	Hidradenite supurativa	<a href="#">Hidradenite supurativa</a>

ALFA-ALGLICOSIDASE 50 MG PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL (GRUPO 1A) - 06.04.24.010-4\*

CID	Descrição	Checklist
E74.0	Doença de depósito de glicogênio	<a href="#">Doença de Pompe</a>

ALFADORNASE 2,5 mg - AMPOLA (GRUPO 1A) - 06.04.44.001-4\*

CID	Descrição	Checklist
E84.0	Fibrose cística com manifestações pulmonares	<a href="#">Fibrose Cística – Manifestações Pulmonares</a>
E84.8	Fibrose cística com outras manifestações	

ALFAELOSULFASE 1 MG/ML INJETÁVEL - FRASCO AMPOLA (GRUPO 1A) - 06.04.24.009-0

CID	Descrição	Checklist
E76.2	Outras mucopolissacaridoses	<a href="#">Mucopolissacaridose IV A</a>

ALFAEPOETINA 4.000 UI INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA (GRUPO 1A) - 06.04.47.004-5

CID	Descrição	Checklist
N18.0	Doença renal em estágio final	<a href="#">Anemia na Insuficiência Renal Crônica</a>
N18.8	Outra insuficiência renal crônica	
Z94.8	Outros órgãos e tecidos transplantados (Intestino/Medula Óssea e Pâncreas)	<a href="#">Outros Transplantes</a>

ALFAEPOETINA 10.000 UI INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA (GRUPO 1A) - 06.04.47.005-3

CID	Descrição	Checklist
B17.1	Hepatite viral aguda C	<a href="#">Hepatite C</a>
B18.2	Hepatite viral crônica C	
N18.0	Doença renal em estágio final	<a href="#">Anemia na Insuficiência Renal Crônica</a>
N18.8	Outra insuficiência renal crônica	
Z94.8	Outros órgãos e tecidos transplantados (Intestino/Medula Óssea e Pâncreas)	<a href="#">Outros Transplantes</a>

ALFATAGLICERASE 200UI INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA (GRUPO 1A) - 06.04.24.002-3\*

CID	Descrição	Checklist
E75.2	Outras esfingolipidoses	<a href="#">Doença de Gaucher</a>

ALFAVELAGLICERASE 200 U INJETAVEL - FRASCO/AMPOLA (GRUPO 1A) - 06.04.24.004-0\*

ALFAVELAGLICERASE 400 U INJETAVEL - FRASCO/AMPOLA (GRUPO 1A) - 06.04.24.005-8\*

CID	Descrição	Checklist
-----	-----------	-----------

E75.2	Outras esfingolipidoses	<a href="#">Doença de Gaucher</a>
-------	-------------------------	-----------------------------------

AMANTADINA 100 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1B) - 06.04.20.001-3

CID	Descrição	Checklist
G20	Doença de Parkinson	<a href="#">Doença de Parkinson</a>

AMBRISSENTANA 5 mg - COMPRIMIDO REVESTIDO (GRUPO 1B) - 06.04.75.001-3 AMBRISSENTANA 10 mg -  
 COMPRIMIDO REVESTIDO (GRUPO 1B) - 06.04.75.002-1

CID	Descrição	Checklist
I27.0	Hipertensão pulmonar primária	<a href="#">Hipertensão Arterial Pulmonar</a>
I27.2	Outra hipertensão pulmonar secundária	
I27.8	Outras doenças pulmonares do coração especificadas	

ATORVASTATINA 10 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 2) - 06.04.36.001-0 ATORVASTATINA 20 mg -  
 COMPRIMIDO (GRUPO 2) - 06.04.36.002-9

CID	Descrição	Checklist
E78.0	Hipercolesterolemia pura	<a href="#">Dislipidemia</a>
E78.1	Hipertrigliceridemia pura	
E78.2	Hiperlipidemia mista	
E78.3	Hiperquilomiconemia	
E78.4	Outras hiperlipidemias	
E78.5	Hiperlipidemia não especificada	
E78.6	Deficiências de lipoproteínas	
E78.8	Outros distúrbios do metabolismo de lipoproteínas	

AZATIOPRINA 50 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 2) - 06.04.53.001-3

CID	Descrição	Checklist
D61.0	Anemia aplástica constitucional	<a href="#">Anemia Aplástica Constitucionais</a>
D69.3	Púrpura trombocitopênica idiopática	<a href="#">Púrpura Trombocitopênica Idiopática</a>
G35	Esclerose múltipla	<a href="#">Esclerose Múltipla</a>
G70.0	Miastenia gravis	<a href="#">Miastenia Gravis</a>
H15.0	Esclerite	<a href="#">Uveítes não infecciosas</a>
H20.1	Iridociclite crônica	
H30.1	Inflamação coriorretiniana disseminada	
H30.2	Ciclite posterior	
H30.8	Outras inflamações coriorretinianas	
K50.0	Doença de Crohn do intestino delgado	<a href="#">Doença de Crohn</a>
K50.1	Doença de Crohn do intestino grosso	
K50.8	Outra forma de doença de Crohn	
K51.0	Enterocolite ulcerativa (crônica)	<a href="#">Retocolite Ulcerativa</a>
K51.1	Ileocolite ulcerativa (crônica)	
K51.2	Proctite ulcerativa (crônica)	
K51.3	Retossigmoidite ulcerativa (crônica)	
K51.4	Pseudopolipose do cólon	
K51.5	Proctocolite mucosa	<a href="#">Hepatite Autoimune</a>
K51.8	Outras colites ulcerativas	
K75.4	Hepatite autoimune	
L93.0	Lúpus eritematoso discoide	

L93.1	Lúpus eritematoso cutâneo	
M32.1	Lúpus eritematoso dissem.[sist.] com comprometimento de outros órgãos e sistemas	
M32.8	Outras formas de lúpus eritematoso disseminado [sistêmico]	
M05.0	Síndrome de Felty	<a href="#">Artrite reumatoide</a>
M05.1	Doença Reumatoide do Pulmão	
M05.2	Vasculite Reumatoide	
M05.3	Artrite reumatóide com comprometimento de outros órgãos e sistemas	
M05.8	Outras artrites reumatóides soro-positivas	
M06.0	Artrite reumatóide soro-negativa	

M06.8	Outras artrites reumatóides especificadas	
M08.0	Artrite Reumatoide Juvenil	
M33.0	Dermatomiosite juvenil	<a href="#">Dermatomiosite e Polimiosite</a>
M33.1	Outras dermatomiosites	
M33.2	Polimiosite	
M34.0	Esclerose sistêmica progressiva	<a href="#">Esclerose Sistêmica</a>
M34.1	Síndrome CR(E)ST	
M34.8	Outras formas de esclerose sistêmica	
T86.1	Falência ou rejeição de transplante de rim	<a href="#">Imunossupressão no Transplante Renal</a>
Z94.0	Rim transplantado	
T86.4	Falência ou rejeição de transplante de fígado	<a href="#">Imunossupressão no Transplante Hepático</a>
Z94.4	Fígado transplantado	<a href="#">Imunossupressão no Transplante Hepático</a>
Z94.1	Coração transplantado Exclui: valva substituída	<a href="#">Outros Transplantes</a>
Z94.2	Pulmão transplantado	
Z94.3	Coração e pulmões transplantados	
Z94.8	Outros órgãos e tecidos transplantados (Intestino/Medula Óssea e Pâncreas)	

AZATIOPRINA 50 mg - COMPRIMIDO (ELENCO ESTADUAL)

CID	Descrição	Checklist
M30.1	Poliarterite com comprometimento pulmonar (Churg-Strauss)	<a href="#">Poliarterite com comprometimento pulmonar (Churg-Strauss)</a>
M31.3	Granulomatose de Wegener	<a href="#">Granulomatose de Wegener</a>
M32.0	Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) induzido por drogas	<a href="#">Lúpus Eritematoso Sistêmico</a>
M35.1	Outras síndromes superpostas	<a href="#">Outras Síndromes Superpostas</a>
L10.0	Pênfigo vulgar	<a href="#">Pênfigo Vulgar</a>
L20.0	Prurigo de Besnier	<a href="#">Prurigo de Besnier</a>
L20.8	Outras dermatites atópicas	<a href="#">Outras Dermatites Atópicas</a>

BARICITINIBE 2 MG - COMPRIMIDO (GRUPO 1.A) - 06.04.32.017-5 BARICITINIBE 4 MG - COMPRIMIDO (GRUPO 1.A) - 06.04.32.018-3

CID	Descrição	Checklist
M05.0	Síndrome de Felty	<a href="#">Artrite Reumatóide</a>
M05.1	Doença reumatóide do pulmão	
M05.2	Vasculite reumatóide	
M05.3	Artrite reumatóide com comprometimento de outros órgãos e sistemas	
M05.8	Outras artrites reumatóides soro-positivas	
M06.0	Artrite reumatóide soro-negativa	
M06.8	Outras artrites reumatóides especificadas	

BETAINTERFERONA 1a 6.000.000 UI (22 mcg) - SERINGA PREENCHIDA (GRUPO 1A) - 06.04.39.008-4 BETAINTERFERONA 1a 12.000.000 UI (44 mcg) - SERINGA PREENCHIDA (GRUPO 1A) - 06.04.39.010-6 BETAINTERFERONA 1a 6.000.000UI (30 mcg) - FR./AMP. SERINGA OU CANETA (GRUPO 1A) - 06.04.39.009-2 BETAINTERFERONA 1b 9.600.000 UI (300 mcg) - FRASCO/AMPOLA (GRUPO 1A) - 06.04.39.011-4

CID	Descrição	Checklist
G35	Esclerose múltipla	<a href="#">Esclerose Múltipla</a>

BEZAFIBRATO 200 mg - DRÁGUA OU COMPRIMIDO (GRUPO 2) - 06.04.27.001-1

CID	Descrição	Checklist
E78.0	Hipercolesterolemia pura	<a href="#">Dislipidemia</a>
E78.1	Hipertrigliceridemia pura	
E78.2	Hiperlipidemia mista	
E78.3	Hiperquilomicronemia	
E78.4	Outras hiperlipidemias	
E78.5	Hiperlipidemia não especificada	
E78.6	Deficiências de lipoproteínas	
E78.8	Outros distúrbios do metabolismo de lipoproteínas	

BIMATOPROSTA 0,3 MG/ML - SOL OFT (FR) 3 ML (GRUPO 1A) - 06.04.65.001-9

CID	Descrição	Checklist
-----	-----------	-----------

H40.1	Glaucoma primário de ângulo aberto	<a href="#">Glaucoma</a>
H40.2	Glaucoma primário de ângulo fechado	
H40.3	Glaucoma secundário a traumatismo ocular	
H40.4	Glaucoma secundário a inflamação ocular	
H40.5	Glaucoma secundário a outros transtornos do olho;	
H40.6	Glaucoma secundário a drogas	
H40.8	Outro glaucoma	
Q15.0	Glaucoma congênito	

BIOTINA 2,5 MG - CÁPSULA (GRUPO 1A) - 06.04.63.002-6

CID	Descrição	Checklist
E88.9	Distúrbio metabólico não especificado	<a href="#">Deficiência de Biotinidase</a>

BOSENTANA 62,5 mg - COMPRIMIDO REVESTIDO (GRUPO 1B) - 06.04.75.003-0 BOSENTANA 125 mg -  
 COMPRIMIDO REVESTIDO (GRUPO 1B) - 06.04.75.004-8

CID	Descrição	Checklist
I27.0	Hipertensão pulmonar primária	<a href="#">Hipertensão Arterial Pulmonar</a>
I27.2	Outra hipertensão pulmonar secundária	
I27.8	Outras doenças pulmonares do coração especificadas	

BRIMONIDINA 2,0 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 5 ML) - 06.04.67.001-0

CID	Descrição	Checklist
H40.1	Glaucoma primário de ângulo aberto	<a href="#">Glaucoma</a>
H40.2	Glaucoma primário de ângulo fechado	
H40.3	Glaucoma secundário a traumatismo ocular	
H40.4	Glaucoma secundário a inflamação ocular	
H40.5	Glaucoma secundário a outros transtornos do olho;	
H40.6	Glaucoma secundário a drogas	
H40.8	Outro glaucoma	
Q15.0	Glaucoma congênito	

BRINZOLAMIDA 10 MG/ML SUSP OFT (FR) 5 ML (GRUPO 2) - 06.04.66.001-4

CID	Descrição	Checklist
H40.1	Glaucoma primário de ângulo aberto	<a href="#">Glaucoma</a>
H40.2	Glaucoma primário de ângulo fechado	
H40.3	Glaucoma secundário a traumatismo ocular	
H40.4	Glaucoma secundário a inflamação ocular	
H40.5	Glaucoma secundário a outros transtornos do olho;	
H40.6	Glaucoma secundário a drogas	
H40.8	Outro glaucoma	
Q15.0	Glaucoma congênito	

BUDESONIDA 200 mcg - CÁPSULA INALANTE (GRUPO 2) - 06.04.28.006-8

CID	Descrição	Checklist
J45.0	Asma Predominantemente Alérgica	<a href="#">Asma</a>
J45.1	Asma não Alérgica	
J45.8	Asma Mista	
J44.0	Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior	<a href="#">Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica</a>
J44.1	Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação aguda não especificada	
J44.8	Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica	

CABERGOLINA 0,5 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.03.003-7

CID	Descrição	Checklist
E22.0	Acromegalia e gigantismo hipofisário	<a href="#">Acromegalia</a>
E22.1	Hiperprolactinemia	<a href="#">Hiperprolactinemia</a>

CALCIPOTRIOL 50 mcg/g POMADA BISNAGA 30 g (GRUPO 2) - 06.04.70.001-6

CID	Descrição	Checklist
L40.0	Psoríase vulgar	<a href="#">Psoríase</a>
L40.1	Psoríase pustulosa generalizada	
L40.4	Psoríase gutata	
L40.8	Outras formas de psoríase	

CALCITONINA 200 UI/dose - SPRAY NASAL – FRASCO (GRUPO 2) - 06.04.57.003-1

CID	Descrição	Checklist
M80.0	Osteoporose pós-menopáusia com fratura patológica	<a href="#">Osteoporose</a>
M80.1	Osteoporose pós-ooforectomia com fratura patológica	
M80.2	Osteoporose de desuso com fratura patológica	
M80.3	Osteoporose por má-absorção pós-cirúrgica com fratura patológica	
M80.4	Osteoporose induzida por drogas com fratura patológica	
M80.5	Osteoporose idiopática com fratura patológica	
M80.8	Outras osteoporoses com fratura patológica	
M81.0	Osteoporose pós-menopáusia	
M81.1	Osteoporose pós-ooforectomia	
M81.2	Osteoporose de desuso Exclui: atrofia de Sudeck	
M81.3	Osteoporose devida à má-absorção pós-cirúrgica	
M81.4	Osteoporose induzida por drogas	
M81.5	Osteoporose idiopática	
M81.6	Osteoporose localizada [Lequesne] Exclui: atrofia de Sudeck	
M81.8	Outras osteoporoses - Osteoporose senil	
M82.0	Osteoporose na mielomatose múltipla	
M82.1	Osteoporose em distúrbios endócrinos	
M82.8	Osteoporose em outras doenças classificadas em outra parte	

M88.0	Doença de Paget do crânio	<a href="#">Doença de Paget – Osteíte Deformante</a>
M88.8	Doença de Paget de outros ossos	

CALCITRIOL 0,25 mcg - CÁPSULA (GRUPO 2) - 06.04.62.003-9

CID	Descrição	Checklist
E20.0	Hipoparatiroidismo idiopático	<a href="#">Hipoparatiroidismo</a>
E20.1	Pseudohipoparatiroidismo	
E20.8	Outro hipoparatiroidismo	
E89.2	Hipoparatiroidismo pós-procedimento	<a href="#">Raquitismo e Osteomalácia</a>
E55.0	Raquitismo ativo	
E55.9	Deficiência não especificada de vitamina D	
E64.3	Sequelas do raquitismo	
E83.3	Distúrbios do metabolismo do fósforo	
M83.0	Osteomalácia puerperal	
M83.1	Osteomalácia senil	
M83.2	Osteomalácia do adulto devida a má-absorção	
M83.3	Osteomalácia do adulto devido à desnutrição	
M83.8	Outra osteomalácia do adulto	
M80.0	Osteoporose pós-menopáusia com fratura patológica	<a href="#">Osteoporose</a>
M80.1	Osteoporose pós-ooforectomia com fratura patológica	
M80.2	Osteoporose de desuso com fratura patológica	
M80.3	Osteoporose por má absorção pós-cirúrgica com fratura patológica	
M80.4	Osteoporose induzida por drogas com fratura patológica	
M80.5	Osteoporose idiopática com fratura patológica	
M80.8	Outras osteoporoses com fratura patológica	
M81.0	Osteoporose pós-menopáusia	
M81.1	Osteoporose pós-ooforectomia	
M81.2	Osteoporose de desuso	
M81.3	Osteoporose devida a má absorção pós-cirúrgica	
M81.4	Osteoporose induzida por drogas	
M81.5	Osteoporose idiopática	
M81.6	Osteoporose localizada [Lequesne] Exclui: atrofia de Sudeck	
M81.8	Outras osteoporoses	

M82.0	Osteoporose na mielomatose múltipla	<a href="#">Distúrbio Mineral e Ósseo na Doença Renal Crônica</a>
M82.1	Osteoporose em distúrbios endócrinos	
M82.8	Osteoporose em outras doenças classificadas em outra parte	
N18.0	Doença renal em estágio final	
N25.0	Osteodistrofia renal	
E83.3	Distúrbios do metabolismo do fósforo	

CERTOLIZUMABE PEGOL 200 mg/mL INJETÁVEL - SERINGA PREENCHIDA (GRUPO 1A) - 06.04.38.007-0

CID	Descrição	Checklist
K50.0	Doença de Crohn do intestino delgado	<a href="#">Doença de Crohn</a>
K50.1	Doença de Crohn do intestino grosso	
K50.8	Outra forma de Doença de Crohn	
M05.0	Síndrome de Felty	<a href="#">Artrite reumatoide</a>
M05.1	Doença reumatóide do pulmão	
M05.2	Vasculite reumatóide	
M05.3	Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas	
M05.8	Outras artrites reumatóides soropositivas	
M06.0	Artrite reumatoide soronegativa	<a href="#">Artrite Psoriática</a>
M06.8	Outras artrites reumatóides especificadas	
M07.0	Artropatia psoriásica interfalangiana distal	
M07.2	Espondilite psoriásica	
M07.3	Outras artropatias psoriásicas	<a href="#">Espondilite Ancilosante</a>
M45	Espondilite ancilosante	
M46.8	Outras espondilopatias inflamatórias especificadas	

CICLOSPORINA 25 mg - CÁPSULA (GRUPO 2) - 06.04.34.002-8 CICLOSPORINA 50 mg - CÁPSULA (GRUPO 2) - 06.04.34.003-6 CICLOSPORINA 100 mg - CÁPSULA (GRUPO 2) - 06.04.34.004-4  
 CICLOSPORINA 100 mg/mL - SOLUÇÃO ORAL/FRASCO 50 mL (GRUPO 2) - 06.04.34.005-2

CID	Descrição	Checklist
D59.0	Anemia hemolítica autoimune induzida por droga	<a href="#">Anemia Hemolítica Autoimune</a>
D59.1	Outras anemias hemolíticas autoimunes	
D60.0	Aplasia pura adquirida crônica da série vermelha	<a href="#">Aplasia Pura Adquirida Crônica da Série Vermelha</a>
D61.0	Anemia aplástica constitucional	<a href="#">Anemia Aplástica Constitucional</a>
D61.1	Anemia aplástica induzida por drogas	<a href="#">Anemia Aplástica Adquirida</a>
D61.2	Anemia aplástica devida a outros agentes externos	
D61.3	Anemia aplástica idiopática	
D61.8	Outras anemias aplásticas especificadas	
G70.0	Miastenia gravis	<a href="#">Miastenia Gravis</a>
H15.0	Esclerite	<a href="#">Uveítes não infecciosas</a>
H20.1	Iridociclite crônica	
H30.1	Inflamação coriorretiniana disseminada	
H30.2	Ciclite posterior	
H30.8	Outras inflamações coriorretinianas	
K51.0	Enterocolite ulcerativa (crônica)	<a href="#">Retocolite Ulcerativa</a>
K51.1	Ileocolite ulcerativa (crônica)	
K51.2	Proctite ulcerativa (crônica)	
K51.3	Retossigmoidite ulcerativa (crônica)	
K51.4	Pseudopolipose do cólon	
K51.5	Proctocolite mucosa	
K51.8	Outras colites ulcerativas	<a href="#">Psoríase</a>
L40.0	Psoríase vulgar	
L40.1	Psoríase pustulosa generalizada	
L40.4	Psoríase gutata	
L40.8	Outras formas de psoríase	<a href="#">Lúpus Eritematoso Sistêmico</a>
L93.0	Lúpus eritematoso discoide	
L93.1	Lúpus eritematoso cutâneo	
M32.1	Lúpus eritematoso dissem. [sist.] com comprometimento de outros órgãos e sistemas	
M32.8	Outras formas de lúpus eritematoso disseminado [sistêmico]	

M05.0	Síndrome de Felty	
M05.1	Doença reumatoide do pulmão	
M05.2	Vasculite reumatoide	
M05.3	Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas	<a href="#">Artrite reumatoide</a>
M05.8	Outras artrites reumatóides soro-positivas	
M06.0	Artrite reumatoide soro-negativa	
M06.8	Outras artrites reumatóides especificadas	
M07.0	Artropatia psoriásica interfalagiana distal	
M07.2	Espondilite psoriásica	<a href="#">Artrite psoriásica</a>
M07.3	Outras artropatias psoriásicas	
M08.0	Artrite reumatoide juvenil	
M08.1	Espondilite anclisante juvenil	
M08.2	Artrite juvenil com início sistêmico	<a href="#">Artrite reumatoide</a>
M08.3	Poliartrite juvenil (soro-negativa)	
M08.4	Artrite juvenil pauciarticular	
M08.8	Outras artrites juvenis	
M08.9	Artrite juvenil não especificada	
M33.0	Dermatomiosite juvenil	
M33.1	Outras dermatomiosites	<a href="#">Dermatomiosite e Polimiosite</a>
M33.2	Polimiosite	
N04.0	Síndrome nefrótica - anormalidade glomerular minor	<a href="#">Síndrome Nefrótica Primária em Adultos</a> <b>OU</b> <a href="#">Síndrome Nefrótica</a>
N04.1	Síndrome nefrótica - lesões glomerulares focais e segmentares	

N04.2	Síndrome nefrótica - glomerulonefrite membranosa difusa	<a href="#">Primária em Crianças e Adolescentes</a>
N04.3	Síndrome nefrótica - glomerulonefrite proliferativa mesangial difusa	
N04.4	Síndrome nefrótica - glomerulonefrite proliferativa endocapilar difusa	
N04.5	Síndrome nefrótica - glomerulonefrite mesangiocapilar difusa	
N04.6	Síndrome nefrótica - doença de depósito denso	
N04.7	Síndrome nefrótica - glomerulonefrite difusa em crescente	
N04.8	Síndrome nefrótica - outras	
N04.9	Síndrome nefrótica - não especificada	
T86.1	Falência ou rejeição de transplante de rim	<a href="#">Imunossupressão no Transplante Renal</a>
Z94.0	Rim transplantado	
T86.4	Falência ou rejeição de transplante de fígado	<a href="#">Imunossupressão no Transplante Hepático</a>
Z94.1	Coração transplantado	
Z94.2	Pulmão transplantado	<a href="#">Outros Transplantes</a>
Z94.3	Coração e pulmões transplantados	
Z94.4	Fígado transplantado	<a href="#">Imunossupressão no Transplante Hepático</a>
Z94.8	Outros órgãos e tecidos transplantados (Intestino/Medula Óssea e Pâncreas)	<a href="#">Outros Transplantes</a>

CICLOSPORINA 50 mg - CÁPSULA (ELENCO ESTADUAL)  
 CICLOSPORINA 100 mg/mL - SOLUÇÃO ORAL/FRASCO 50 mL (ELENCO ESTADUAL)

CID	Descrição	Checklist
K51.0	Enterocolite ulcerativa (crônica)	
K51.1	Ileocolite ulcerativa (crônica)	
K51.2	Proctite ulcerativa (crônica)	<a href="#">Retocolite Ulcerativa</a>
K51.3	Retossigmoidite ulcerativa (crônica)	
K51.4	Pseudopolipose do cólon	
K51.5	Proctocolite mucosa	
K51.8	Outras colites ulcerativas	
L20.0	Prurigo de Besnier	<a href="#">Prurigo de Besnier</a>
L20.8	Outras Dermatites Atópicas	<a href="#">Outras Dermatites Atópicas</a>

CICLOSPORINA 100 mg - CÁPSULA (ELENCO ESTADUAL)

CID	Descrição	Checklist
D69.3	Púrpura Trombocitopênica Idiopática	<a href="#">Púrpura Trombocitopênica Idiopática</a>
K51.0	Enterocolite ulcerativa (crônica)	
K51.1	Ileocolite ulcerativa (crônica)	

K51.2	Proctite ulcerativa (crônica)	
K51.3	Retossigmoidite ulcerativa (crônica)	
K51.4	Pseudopolipose do cólon	
K51.5	Proctocolite mucosa	
K51.8	Outras colites ulcerativas	
L20.0	Prurigo de Besnier	<a href="#">Prurigo de Besnier</a>
L20.8	Outras Dermatites Atópicas	<a href="#">Outras Dermatites Atópicas</a>

CINACALCETE 30 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.77.001-4 CINACALCETE 60 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.77.002-2

CID	Descrição	Checklist
E83.3	Distúrbios do metabolismo do fósforo	<a href="#">Distúrbio Mineral e Ósseo na Doença Renal Crônica</a>
N18.0	Doença renal em estágio final	
N25.0	Osteodistrofia renal	

CIPROTERONA 50 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1B) - 06.04.12.001-0

CID	Descrição	Checklist
E22.8	Outras hiperfunções da hipófise	<a href="#">Puberdade Precoce</a>
E25.0	Transtornos adrenogenitais congênitos associados à deficiência enzimática	<a href="#">Hiperplasia Adrenal Congênita</a>
E28.0	Excesso de estrogênio	<a href="#">Síndrome de Ovários Policísticos</a>
E28.2	Síndrome do ovário policístico	
L68.0	Hirsutismo	

CLOPIDOGREL 75 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 2) - 06.04.33.002-2

CID	Descrição	Checklist
I20.0	Angina pectoris	<a href="#">Síndromes Coronarianas Agudas</a>
I20.1	Angina pectoris com espasmo documentado	
I21.0	Infarto agudo transmural da parede anterior do miocárdio	
I21.1	Infarto agudo transmural da parede inferior do miocárdio	
I21.2	Infarto agudo transmural do miocárdio de outras localizações	
I21.3	Infarto agudo transmural do miocárdio de localização não especificada	
I21.4	Infarto agudo subendocárdico do miocárdio	
I21.9	Infarto agudo do miocárdio não especificado	
I22.0	Infarto recidivante do miocárdio da parede anterior	
I22.1	Infarto recidivante do miocárdio da parede inferior	
I22.8	Infarto recidivante do miocárdio de outras localizações	
I22.9	Infarto recidivante do miocárdio de localização não especificada	
I23.0	Hemopericárdio como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio	
I23.1	Comunicação interatrial como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio	
I23.2	Comunicação interventricular como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio	
I23.3	Ruptura da parede do coração sem ocorrência de hemopericárdio como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio Exclui: com hemopericárdio (I23.0)	
I23.4	Ruptura de cordoalhas tendíneas como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio	
I23.5	Ruptura de músculos papilares como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio	
I23.6	Trombose de átrio, aurícula e ventrículo como complicação atual subsequente ao infarto agudo do miocárdio	
I23.8	Outras complicações atuais subsequentes ao infarto agudo do miocárdio	
I24.0	Trombose coronária que não resulta em infarto do miocárdio	
I24.8	Outras formas de doença isquêmica aguda do coração	
I24.9	Doença isquêmica aguda do coração não especificada	

CLOZAPINA 25 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.23.007-9

CID	Descrição	Checklist
F20.0	Esquizofrenia paranoide	
F20.1	Esquizofrenia hebefrênica	

F20.2	Esquizofrenia catatônica	<a href="#">Esquizofrenia</a>
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada	
F20.4	Depressão pós-esquizofrênica	
F20.5	Esquizofrenia residual	
F20.6	Esquizofrenia simples	
F20.8	Outras esquizofrenias	
F25.0	Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco	<a href="#">Transtorno Esquizoafetivo</a>
F25.1	Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo	
F25.2	Transtorno esquizoafetivo do tipo misto	
F31.1	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos	<a href="#">Transtorno Afetivo Bipolar – TAB I</a>
F31.2	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos	
F31.3	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado	
F31.4	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos	
F31.5	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos	
F31.6	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto	
F31.7	Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão	
G20	Doença de Parkinson	

CLOZAPINA 100 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.23.008-7

CID	Descrição	Checklist
F20.0	Esquizofrenia paranoide	<a href="#">Esquizofrenia</a>
F20.1	Esquizofrenia hebefrênica	
F20.2	Esquizofrenia catatônica	
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada	
F20.4	Depressão pós-esquizofrênica	
F20.5	Esquizofrenia residual	
F20.6	Esquizofrenia simples	
F20.8	Outras esquizofrenias	
F25.0	Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco	<a href="#">Transtorno Esquizoafetivo</a>
F25.1	Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo	
F25.2	Transtorno esquizoafetivo do tipo misto	
F31.1	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos	<a href="#">Transtorno Afetivo Bipolar – TAB I</a>
F31.2	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos	
F31.3	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado	
F31.4	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos	
F31.5	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos	
F31.6	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto	
F31.7	Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão	

COMPLEMENTO ALIMENTAR PARA PACIENTES FENILCETONÚRICOS MAIOR DE 1 ANO E MENOR DE 8 ANOS - FORMULA DE AMINOÁCIDOS ISENTA DE FENILALANINA (LATA)\*

COMPLEMENTO ALIMENTAR PARA PACIENTES FENILCETONÚRICOS MAIOR DE 8 ANOS - FORMULA DE AMINOÁCIDOS ISENTA DE FENILALANINA (LATA)\*

COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILCETONURICO MENOR DE 1 ANO - FORMULA DE AMINOÁCIDOS ISENTA DE FENILALANINA (LATA)\*

CID	Descrição	Checklist
E70.0	Fenilcetonúria clássica	-----
E70.1	Outras hiperfenilalaninemias	

DEFERASIROX 125 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.02.001-5 DEFERASIROX 250 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.02.002-3 DEFERASIROX 500 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.02.003-1

CID	Descrição	Checklist
E83.1	Doença do metabolismo do ferro	<a href="#">Sobrecarga de Ferro</a>
T45.4	Intoxicação por ferro e seus compostos	

DEFERIPRONA 500 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1B) - 06.04.02.004-0

CID	Descrição	Checklist
E83.1	Doença do metabolismo do ferro	<a href="#">Sobrecarga de Ferro</a>
T45.4	Intoxicação por ferro e seus compostos	

DESMOPRESSINA 0,1 mg/mL - APLIC. NASAL - FRASCO 2,5 mL (GRUPO 1A) - 06.04.10.001-9

CID	Descrição	Checklist
E23.2	Diabetes insípido	<a href="#">Diabetes Insípido</a>

DONEPEZILA 5 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.13.001-5  
 DONEPEZILA 10 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.13.002-3

CID	Descrição	Checklist
G30.0	Doença de Alzheimer de início precoce	<a href="#">Doença de Alzheimer</a>
G30.1	Doença de Alzheimer de início tardio	
G30.8	Outras formas de Doença de Alzheimer	
F00.0	Demência na Doença de Alzheimer de início precoce	
F00.1	Demência na Doença de Alzheimer de início tardio	
F00.2	Demência na Doença de Alzheimer – forma atípica ou mista	

DORZOLAMIDA 20 MG/ML - SOL OFT (FR) 5 ML (GRUPO 2) - 06.04.66.002-2

CID	Descrição	Checklist
H40.1	Glaucoma primário de ângulo aberto	<a href="#">Glaucoma</a>
H40.2	Glaucoma primário de ângulo fechado	
H40.3	Glaucoma secundário a traumatismo ocular	
H40.4	Glaucoma secundário a inflamação ocular	
H40.5	Glaucoma secundário a outros transtornos do olho	
H40.6	Glaucoma secundário a drogas	
H40.8	Outro glaucoma	
Q15.0	Glaucoma congênito	

ELTROMBOPAGUE 25 MG - COMP REV (GRUPO 1.B) - 06.04.25.003-7  
 50 MG - COMP REV (GRUPO 1.B) - 06.04.25.004-5

CID	Descrição	Checklist
D69.3	Púrpura trombocitopênica idiopática	<a href="#">Púrpura Trombocitopênica Idiopática</a>

ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG SOL INJ - SER PREENC 0,4 ML (GRUPO 1.A) - 06.04.80.001-0

CID	Descrição	Checklist
D68.8	Outros defeitos especificados da coagulação (trombofilia, síndrome do anticorpo antilipídico)	<a href="#">Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia</a>
I82.0	Síndrome de Budd-Chiari	
I82.1	Tromboflebite migratória	
I82.2	Embolia e trombose de veia cava	
I82.3	Embolia e trombose de veia renal	
I82.8	Embolia e trombose de outras veias especificadas	
O22.3	Flebotrombose profunda na gravidez	
O22.5	Trombose venosa cerebral na gravidez	

ENTACAPONA 200 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.49.001-1

CID	Descrição	Checklist
G20	Doença de Parkinson	<a href="#">Doença de Parkinson</a>

ETANERCEPTE 25 mg – INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA (GRUPO 1A) - 06.04.38.002-0  
 ETANERCEPTE 50 mg – INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA OU SERINGA (GRUPO 1A) - 06.04.38.003-8

CID	Descrição	Checklist
M05.0	Síndrome de Felty	<a href="#">Artrite reumatoide</a>

M05.1	Doença reumatóide do pulmão	
M05.2	Vasculite reumatóide	
M05.3	Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas	
M05.8	Outras artrites reumatoides soropositivas	
M06.0	Artrite reumatoide soronegativa	
M06.8	Outras artrites reumatoides especificadas	
M08.0	Artrite reumatoide juvenil	
M08.1	Espondilite ancilozante juvenil	
M08.2	Artrite juvenil com início sistêmico	
M08.3	Poliartrite juvenil (soro-negativa)	
M08.4	Artrite juvenil pauciarticular	
M08.8	Outras artrites juvenis	
M08.9	Artrite juvenil não especificada	
M07.0	Artropatia psoriásica interfalagiana distal	
M07.2	Espondilite psoriásica	<a href="#">Artrite psoriásica</a>
M07.3	Outras artropatias psoriásicas	
M45	Espondilite ancilozante	<a href="#">Espondilite Ancilozante</a>
M46.8	Outras espondilopatias inflamatórias especificadas	
L40.0	Psoríase vulgar	
L40.1	Psoríase pustulosa generalizada	<a href="#">Psoríase</a>
L40.4	Psoríase gutata	
L40.8	Outras formas de psoríase	

EVEROLIMO 0,5 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.32.001-9 EVEROLIMO 0,75 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.32.002-7 EVEROLIMO 1 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.32.003-5

CID	Descrição	Checklist
T86.1	Falência ou rejeição de transplante de rim	<a href="#">Imunossupressão no Transplante Renal</a>
Z94.0	Rim transplantado	
T86.4	Falência ou rejeição de transplante de fígado	<a href="#">Imunossupressão no Transplante Hepático</a>
Z94.4	Fígado transplantado	

FILGRASTIM 300 mcg - INJETÁVEL (GRUPO 1A) - 06.04.25.001-0

CID	Descrição	Checklist
B17.1	Hepatite viral aguda C	<a href="#">Hepatite C</a>
B18.2	Hepatite viral crônica C	
B20.0	Doença pelo HIV resultando em infecções micobacterianas	<a href="#">Doença pelo HIV Resultando em Outras Doenças</a>
B20.1	Doença pelo HIV resultando em outras infecções bacterianas	
B20.2	Doença pelo HIV resultando em doença citomegálica	
B20.3	Doença pelo HIV resultando em outras infecções virais	
B20.4	Doença pelo HIV resultando em candidíase	
B20.5	Doença pelo HIV resultando em outras micoses	
B20.6	Doença pelo HIV resultando em pneumonia por Pneumocystis carinii	
B20.7	Doença pelo HIV resultando em infecções múltiplas	
B20.8	Doença pelo HIV resultando em outras doenças infecciosas e parasitárias	
B20.9	Doença pelo HIV resultando em doença infecciosa ou parasitária não especificada	
B22.0	Doença pelo HIV resultando em encefalopatia	
B22.1	Doença pelo HIV resultando em pneumonite intersticial linfática	
B22.2	Doença pelo HIV resultando em síndrome de emaciação	
B22.7	Doença pelo HIV resultando em doenças múltiplas classificadas em outra parte	
B23.0	Síndrome de infecção aguda pelo HIV	
B23.1	Doença pelo HIV resultando em linfadenopatias generalizadas (persistentes)	
B23.2	Doença pelo HIV resultando em anomalias hematológicas e imunológicas não classificadas em outra parte	
B23.8	Doença pelo HIV resultando em outras afecções especificadas	
B24	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] não especificada	

D46.0	Anemia refratária sem sideroblastos	<a href="#">Anemia Aplástica, Mielodisplasia e</a>
D46.1	Anemia refratária com sideroblastos	
D46.7	Outras síndromes mielodisplásicas	

D61.0	Anemia aplástica constitucional	<a href="#">Neutropenia Constitucionais</a>
D70	Agranulocitose	
Z94.8	Outros órgãos e tecidos transplantados (Intestino/Medula Ossea e Pâncreas)	
D61.1	Anemia aplástica induzida por drogas	<a href="#">Anemia Aplástica Adquirida</a>
D61.2	Anemia aplástica devida a outros agentes externos	
D61.3	Anemia aplástica idiopática	
D61.8	Outras anemias aplásticas especificadas	

FINGOLIMODE 0,5 mg - CÁPSULA (GRUPO 1A) - 06.04.32.013-2

CID	Descrição	Checklist
G35	Esclerose múltipla	<a href="#">Esclerose Múltipla</a>

FLUDROCORTISONA 0,1 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 2) - 06.04.42.001-3

CID	Descrição	Checklist
E25.0	Transtornos adrenogenitais congênitos associados à deficiência enzimática	<a href="#">Hiperplasia Adrenal Congênita</a>
E27.1	Insuficiência adrenocortical primária	<a href="#">Insuficiência Adrenal Primária - Doença de Addison</a>
E27.4	Outras insuficiências adrenocorticais e as não especificadas	

FORMOTEROL 12 mcg - CÁPSULA INALANTE (GRUPO 2) - 06.04.04.002-4

CID	Descrição	Checklist
J44.0	Doença pulmonar obstrutiva crônica c/ infecção respiratória aguda trato resp. inferior	<a href="#">Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica</a>
J44.1	Doença pulmonar obstrutiva crônica c/ exacerbação aguda não especificada	
J44.8	Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica	
J45.0	Asma predominantemente alérgica	<a href="#">Asma</a>
J45.1	Asma não-alérgica	
J45.8	Asma mista	

FORMOTEROL 6 mcg + BUDESONIDA 200 mcg - PÓ INAL (FR DE 60 DOSES) (GRUPO 2) - 06.04.04.006-7 FORMOTEROL 12 mcg + BUDESONIDA 400 mcg - CÁPSULA INALANTE (GRUPO 2) - 06.04.04.004-0

CID	Descrição	Checklist
J45.0	Asma predominantemente alérgica	<a href="#">Asma</a>
J45.1	Asma não-alérgica	
J45.8	Asma mista	
J44.0	Doença pulmonar obstrutiva crônica c/ infecção respiratória aguda trato resp. inferior	<a href="#">Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica</a>
J44.1	Doença pulmonar obstrutiva crônica c/ exacerbação aguda não especificada	
J44.8	Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica	

FUMARATO DE DIMETILA 120 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.54.002-7 FUMARATO DE DIMETILA 240 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.54.003-5

CID	Descrição	Checklist
G35	Esclerose múltipla	<a href="#">Esclerose Múltipla</a>

GABAPENTINA 300 mg - CÁPSULA (GRUPO 2) - 06.04.50.001-7 GABAPENTINA 400 mg - CÁPSULA (GRUPO 2) - 06.04.50.002-5

CID	Descrição	Checklist
G40.0	Epilepsia e síndromes epilépticas idiopáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises de início focal	<a href="#">Epilepsia</a>

G40.1	Epilepsia e síndromes epilépticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais simples	
G40.2	Epilepsia e síndromes epilépticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais complexas	
G40.3	Epilepsia e síndromes epilépticas generalizadas idiopáticas	
G40.4	Outras epilepsias e síndromes epilépticas generalizadas	
G40.5	Síndromes epilépticas especiais	
G40.6	Crise de grande mal, não especificada (com ou sem pequeno mal)	
G40.7	Pequeno mal não especificado, sem crises de grande mal	

G40.8	Outras epilepsias	
R52.1	Dor crônica intratável	
R52.2	Outra dor crônica	<a href="#">Dor Crônica</a>

GALANTAMINA 8 mg - CÁPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA (GRUPO 1A) - 06.04.13.003-1 GALANTAMINA 16 mg - CÁPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA (GRUPO 1A) - 06.04.13.004-0 GALANTAMINA 24 mg - CÁPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA (GRUPO 1A) - 06.04.13.005-8

CID	Descrição	Checklist
G30.0	Doença de Alzheimer de início precoce	<a href="#">Doença de Alzheimer</a>
G30.1	Doença de Alzheimer de início tardio	
G30.8	Outras formas de Doença de Alzheimer	
F00.0	Demência na Doença de Alzheimer de início precoce	
F00.1	Demência na Doença de Alzheimer de início tardio	
F00.2	Demência na Doença de Alzheimer – forma atípica ou mista	

GALSULFASE 1 MG/ML - INJETÁVEL - FRASCO AMPOLA (GRUPO 1A) - 06.04.24.008-2

CID	Descrição	Checklist
E76.2	Outras Mucopolissacaridoses	<a href="#">Mucopolissacaridose VI</a>

GLATIRÂMÉR 40 mg INJETÁVEL - SERINGA PREENCHIDA (GRUPO 1A) - 06.04.52.002-6

CID	Descrição	Checklist
G35	Esclerose múltipla	<a href="#">Esclerose Múltipla</a>

GOLIMUMABE 50 mg INJETÁVEL - SERINGA PREENCHIDA (GRUPO 1A) - 06.04.38.008-9

CID	Descrição	Checklist
M05.0	Síndrome de Felty	<a href="#">Artrite reumatoide</a>
M05.1	Doença reumatóide do pulmão	
M05.2	Vasculite reumatóide	
M05.3	Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas	
M05.8	Outras artrites reumatóides soropositivas	
M06.0	Artrite reumatoide soronegativa	<a href="#">Artrite psoriásica</a>
M06.8	Outras artrites reumatóides especificadas	
M07.0	Artropatia psoriásica interfalagiana distal	
M07.2	Espondilite psoriásica	
M07.3	Outras artropatias psoriásicas	
M45	Espondilite Ancilosante	<a href="#">Espondilite Ancilosante</a>
M46.8	Outras espondilopatias inflamatórias especificadas	

GOSSERRELINA 3,60 mg - INJETÁVEL- SERINGA PREENCHIDA (GRUPO 1B) - 06.04.11.001-4 GOSSERRELINA 10,80 mg - INJETÁVEL - SERINGA PREENCHIDA (GRUPO 1B) - 06.04.11.002-2

CID	Descrição	Checklist
D25.0	Leiomioma submucoso do útero	<a href="#">Leiomioma Uterino</a>
D25.1	Leiomioma intramural do útero	
D25.2	Leiomioma subseroso do útero	

CID	Descrição	Checklist
E22.8	Outras hiperfunções da hipófise	<a href="#">Puberdade Precoce</a>
N80.0	Endometriose do útero	<a href="#">Endometriose</a>
N80.1	Endometriose do ovário	
N80.2	Endometriose da trompa de Falópio	
N80.3	Endometriose do peritônio pélvico	
N80.4	Endometriose do septo retovaginal e da vagina	
N80.5	Endometriose do intestino	
N80.8	Outra endometriose	

HIDROXICLOROQUINA 400 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 2) - 06.04.08.002-6

CID	Descrição	Checklist
L93.0	Lúpus eritematoso discoide	
L93.1	Lúpus eritematoso cutâneo	

M32.1	Lúpus eritematoso sistêmico c/ comprometimento de outros órgãos e sistemas	<a href="#">Lúpus Eritematoso Sistêmico</a>
M32.8	Outras formas de lúpus eritematoso sistêmico	
M05.0	Síndrome de Felty	
M05.1	Doença reumatóide do pulmão	
M05.2	Vasculite reumatóide	
M05.3	Artrite reumatóide com comprometimento de outros órgãos e sistemas	<a href="#">Artrite reumatoide</a>
M05.8	Outras artrites reumatóides soro-positivas	
M06.0	Artrite reumatóide soro-negativa	
M06.8	Outras artrites reumatóides especificadas	
M08.0	Artrite reumatóide juvenil	
M33.0	Dermatomiosite juvenil	
M33.1	Outras dermatomiosites	<a href="#">Dermatomiosite e Polimiosite</a>

HIDROXICLOROQUINA 400 mg - COMPRIMIDO (ELENCO ESTADUAL)

CID	Descrição	Checklist
M35.0	Síndrome Seca (SJOUREN)	<a href="#">Síndrome Seca (SJOUREN)</a>
M34.0	Esclerose Sistêmica Progressiva	<a href="#">Esclerose Sistêmica Progressiva</a>
L98.5	Mucínose da Pele	<a href="#">Mucínose da Pele</a>

HIDROXIURÉIA 500 mg - CÁPSULA (GRUPO 1B) - 06.04.48.001-6

CID	Descrição	Checklist
D57.0	Anemia falciforme com crise	
D57.1	Anemia falciforme sem crise	<a href="#">Doença Falciforme</a>
D57.2	Transtornos falciformes heterozigóticos duplos	

IDURSULFASE 2 mg/mL - INJETÁVEL (GRUPO 1A) - 06.04.24.007-4

CID	Descrição	Checklist
E76.1	Mucopolissacaridose Tipo II	<a href="#">Mucopolissacaridose Tipo II</a>

IMIGLUCERASE 400UI - INJETÁVEL - FRASCO AMPOLA (GRUPO 1A) - 06.04.24.003-1\*

CID	Descrição	Checklist
E75.2	Outras esfingolipidoses	<a href="#">Doença de Gaucher</a>

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5,0 g - INJETÁVEL/FRASCO (GRUPO 1A) - 06.04.31.005-6

CID	Descrição	Checklist
B20.0	Doença pelo HIV resultando em infecções micobacterianas	
B20.1	Doença pelo HIV resultando em outras infecções bacterianas	<a href="#">Doença pelo HIV Resultando em Outras Doenças</a>
B20.2	Doença pelo HIV resultando em doença citomegálica	
B20.3	Doença pelo HIV resultando em outras infecções virais	

B20.4	Doença pelo HIV resultando em candidíase	
B20.5	Doença pelo HIV resultando em outras micoses	
B20.6	Doença pelo HIV resultando em pneumonia por Pneumocystis carinii	
B20.7	Doença pelo HIV resultando em infecções múltiplas	
B20.8	Doença pelo HIV resultando em outras doenças infecciosas e parasitárias	
B20.9	Doença pelo HIV resultando em doença infecciosa ou parasitária não especificada	
B22.0	Doença pelo HIV resultando em encefalopatia	
B22.1	Doença pelo HIV resultando em pneumonite intersticial linfática	
B22.2	Doença pelo HIV resultando em síndrome de emaciação	
B22.7	Doença pelo HIV resultando em doenças múltiplas classificadas em outra parte	
B23.0	Síndrome de infecção aguda pelo HIV	
B23.1	Doença pelo HIV resultando em linfadenopatias generalizadas (persistentes)	
B23.2	Doença pelo HIV resultando em anomalias hematológicas e imunológicas não classificadas em outra parte	
B23.8	Doença pelo HIV resultando em outras afecções especificadas	
B24	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] não especificada	

B34.2	Infecção por coronavírus de localização não especificada	<a href="#">Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica Associada a Covid-19</a>
D59.0	Anemia hemolítica auto-imune induzida por droga	<a href="#">Anemia Hemolítica Autoimune</a>
D59.1	Outras anemias hemolíticas auto-íunes	
D60.0	Aplasia pura adquirida crônica da série vermelha	<a href="#">Aplasia Pura Adquirida Crônica da Série Vermelha</a>
D69.3	Púrpura trombocitopênica idiopática	<a href="#">Púrpura Trombocitopênica Idiopática</a>
D80.0	Hipogamaglobulinemia hereditária	<a href="#">Imunodeficiência Primária com Predominância de Defeitos de Anticorpos</a>
D80.1	Hipogamaglobulinemia não familiar	
D80.3	Deficiência seletiva de subclasses de imunoglobulina G [IgG]	
D80.5	Imunodeficiência com aumento de imunoglobulina M [IgM]	
D80.6	Defic. de anticorpos com imunoglob. próx. do normal ou com hiperimunoglobulinemia	
D80.7	Hipogamaglobulinemia transitória da infância	
D80.8	Outras imunodeficiências com predominância de defeitos de anticorpos	
D83.0	Imunodeficiência de variável comum com predominância de anormalidades do número e da função das células B	
D83.2	Imunodeficiência de variável comum com auto-anticorpos às células B ou T	
D83.8	Outra imunodeficiências de variável comum	
D81.0	Imunodeficiência combinada grave [SCID] com disgenesia reticular	<a href="#">Imunodeficiência Primária</a>
D81.1	Imunodeficiência combinada grave [SCID] com números baixos de células T e B	
D81.2	Imunodeficiência comb. grave [SCID] com números baixos ou normais de células B	
D81.3	Deficiência de adenosina-deaminase [ADA]	
D81.4	Síndrome de Nezelof	
D81.5	Deficiência de purina-nucleosídeo fosforilase [PNP]	
D81.6	Deficiência major classe I do complexo de histocompatibilidade	
D81.7	Deficiência major classe II do complexo de histocompatibilidade	
D81.8	Outras deficiências imunitárias combinadas	
D82.0	Síndrome de Wiskott-Aldrich	
D82.1	Síndrome de Di George	<a href="#">Síndrome de Guillain-Barré</a>
G61.0	Síndrome de Guillain-Barré	
G70.0	Myastenia gravis	<a href="#">Myastenia Gravis</a>
M33.0	Dermatomiosite juvenil	<a href="#">Dermatomiosite e Polimiosite</a>
M33.1	Outras dermatomiosites	
M33.2	Polimiosite	
Z94.0	Rim transplantado	<a href="#">Imunossupressão no Transplante Renal</a>
T86.1	Falência ou rejeição de transplante de rim	

INFLIXIMABE 10 mg/mL INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA 10 mL (GRUPO 1A) - 06.04.38.004-6

CID	Descrição	Checklist
M05.0	Síndrome de Felty	<a href="#">Artrite reumatoide</a>
M05.1	Doença reumatóide do pulmão	
M05.2	Vasculite reumatóide	
M05.3	Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas	
M05.8	Outras artrites reumatóides soropositivas	
M06.0	Artrite reumatoide soronegativa	
M06.8	Outras artrites reumatóides especificadas	
M08.0	Artrite reumatoide juvenil	
M08.1	Espondilite anquilosante juvenil	
M08.2	Artrite juvenil com início sistêmico	
M08.3	Poliartrite juvenil (soro-negativa)	
M08.4	Artrite juvenil pauciarticular	
M08.8	Outras artrites juvenis	
M08.9	Artrite juvenil não especificada	

INFLIXIMABE 10 mg/mL INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA 10 mL (GRUPO 1A) - 06.04.38.005-4

CID	Descrição	Checklist
K50.0	Doença de Crohn do intestino delgado	<a href="#">Doença de Crohn</a>
K50.1	Doença de Crohn do intestino grosso	

K50.8	Outra forma de doença de Crohn	
K51.0	Enterocolite ulcerativa (crônica)	
K51.2	Proctite ulcerativa (crônica)	<a href="#">Retocolite Ulcerativa</a>
K51.3	Retossigmoidite ulcerativa (crônica)	
K51.5	Proctocolite mucosa	
K51.8	Outras colites ulcerativas	
M07.0	Artropatia psoriásica interfalagiana distal	
M07.2	Espondilite psoriásica	<a href="#">Artrite psoriásica</a>
M07.3	Outras artropatias psoriásicas	
M45	Espondilite Ancilosante	
M46.8	Outras espondilopatias inflamatórias especificadas	<a href="#">Espondilite Ancilosante</a>

INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA 100 UI/mL - TUBETE DE 3 mL (GRUPO 1A) - 06.04.78.001-0

CID	Descrição	Checklist
E10.0	Diabetes mellitus insulino-dependente - com coma	<a href="#">Diabetes Mellitus Tipo I</a>
E10.1	Diabetes mellitus insulino-dependente - com cetoacidose	
E10.2	Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações renais	
E10.3	Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações oftálmicas	
E10.4	Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações neurológicas	
E10.5	Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações circulatórias periféricas	
E10.6	Diabetes mellitus insulino-dependente - com outras complicações especificadas	
E10.7	Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações múltiplas	
E10.8	Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações não especificadas	
E10.9	Diabetes mellitus insulino-dependente - sem complicações	

ISOTRETINOÍNA 10 mg - CÁPSULA (GRUPO 2) - 06.04.59.001-6

CID	Descrição	Checklist
L70.0	Acne Vulgar	<a href="#">Acne Grave</a>
L70.1	Acne Conglobata	
L70.8	Outras formas de acne	

LAMOTRIGINA 100 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 2) - 06.04.50.005-0

CID	Descrição	Checklist
G40.0	Epilepsia e síndromes epilépticas idiopáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises de início focal	<a href="#">Epilepsia</a>
G40.1	Epilepsia e síndromes epilépticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais simples	
G40.2	Epilepsia e síndromes epilépticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais complexas	
G40.3	Epilepsia e síndromes epilépticas generalizadas idiopáticas	
G40.4	Outras epilepsias e síndromes epilépticas generalizadas	
G40.5	Síndromes epilépticas especiais	
G40.6	Crise de grande mal, não especificada (com ou sem pequeno mal)	
G40.7	Pequeno mal não especificado, sem crises de grande mal	
G40.8	Outras epilepsias	<a href="#">Transtorno Afetivo Bipolar – TAB I</a>
F31.1	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maniaco sem sintomas psicóticos	
F31.2	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maniaco com sintomas psicóticos	
F31.3	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado	
F31.4	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos	
F31.5	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos	
F31.6	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto	
F31.7	Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão	

LANREOTIDA 90 mg INJETÁVEL - SERINGA PREENCHIDA (GRUPO1A) - 06.04.29.007-1 LANREOTIDA 120 mg INJETÁVEL - SERINGA PREENCHIDA (GRUPO 1A) - 06.04.29.008-0

CID	Descrição	Checklist
E22.0	Acromegalia e gigantismo hipofisário	<a href="#">Acromegalia</a>

LARONIDASE 0,58 mg/ml (2,9 mg/5 ml) SOLUÇÃO INJETÁVEL - FRASCO DE 5 mL (GRUPO 1A) - 06.04.24.006-6

CID	Descrição	Checklist
E76.0	Mucopolissacaridose do Tipo I	<a href="#">Mucopolissacaridose Tipo I</a>

LATANOPROSTA 0,05 MG/ML SOL OFT (FR) 2,5 ML GRUPO 1.A - 06.04.65.002-7

CID	Descrição	Checklist
H40.1	Glaucoma primário de ângulo aberto	<a href="#">Glaucoma</a>
H40.2	Glaucoma primário de ângulo fechado	
H40.3	Glaucoma secundário a traumatismo ocular	
H40.4	Glaucoma secundário a inflamação ocular	
H40.5	Glaucoma secundário a outros transtornos do olho	
H40.6	Glaucoma secundário a drogas	
H40.8	Outro glaucoma	
Q15.0	Glaucoma congênito	

LEFLUNOMIDA 20 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.32.004-3

CID	Descrição	Checklist
M05.0	Síndrome de Felty	<a href="#">Artrite reumatoide</a>
M05.1	Doença reumatóide do pulmão	
M05.2	Vasculite reumatóide	
M05.3	Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas	
M05.8	Outras artrites reumatóides soropositivas	
M06.0	Artrite reumatoide soronegativa	
M06.8	Outras artrites reumatóides especificadas	
M08.0	Artrite reumatoide juvenil	

M08.1	Espondilite ancilosa juvenil	<a href="#">Artrite psoriásica</a>
M08.2	Artrite juvenil com início sistêmico	
M08.3	Poliartrite juvenil (soro-negativa)	
M08.4	Artrite juvenil pauciarticular	
M08.8	Outras artrites juvenis	
M08.9	Artrite juvenil não especificada	
M07.0	Artropatia psoriásica interfalagiana distal	
M07.2	Espondilite psoriásica	
M07.3	Outras artropatia psoriásica	

LEUPRORRELINA 3,75 mg INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA (GRUPO 1B) - 06.04.11.003-0

CID	Descrição	Checklist
D25.0	Leiomioma submucoso do útero	<a href="#">Leiomioma Uterino</a>
D25.1	Leiomioma intramural do útero	
D25.2	Leiomioma subseroso do útero	
E22.8	Outras hiperfunções da hipófise	<a href="#">Puberdade Precoce Central</a>
N80.0	Endometriose do útero	<a href="#">Endometriose</a>
N80.1	Endometriose do ovário	
N80.2	Endometriose da trompa de Falópio	
N80.3	Endometriose do peritônio pélvico	
N80.4	Endometriose do septo retovaginal e da vagina	
N80.5	Endometriose do intestino	
N80.8	Outra endometriose	

LEVETIRACETAM 100 MG /ML SOLUÇÃO ORAL (POR FRASCO DE 150 ML) (GRUPO 1A) - 06.04.50.009-2 LEVETIRACETAM 100 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (POR FRASCO DE 100 ML) - 06.04.50.012-2 LEVETIRACETAM 250 MG - COMPRIMIDO (GRUPO 1.A) - 06.04.50.010-6 LEVETIRACETAM 750 MG - COMPRIMIDO (GRUPO 1.A) - 06.04.50.011-4

CID	Descrição	Checklist
G40.0	Epilepsia e síndromes epiléticas idiopáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises de início focal	
G40.1	Epilepsia e síndromes epiléticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais simples	

G40.2	Epilepsia e síndromes epilépticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais complexas	<a href="#">Epilepsia</a>
G40.3	Epilepsia e síndromes epilépticas generalizadas idiopáticas	
G40.4	Outras epilepsias e síndromes epilépticas generalizadas	
G40.5	Síndromes epilépticas especiais	
G40.6	Crise de grande mal, não especificada (com ou sem pequeno mal)	
G40.7	Pequeno mal não especificado, sem crises de grande mal	
G40.8	Outras epilepsias	

MEMANTINA 10 mg - COMPRIMIDO REVESTIDO (GRUPO 1A) - 06.04.54.007-8

ID	Descrição	Checklist
G30.0	Doença de Alzheimer de início precoce	<a href="#">Doença de Alzheimer</a>
G30.1	Doença de Alzheimer de início tardio	
G30.8	Outras formas de Doença de Alzheimer	
F00.0	Demência na Doença de Alzheimer de início precoce	
F00.1	Demência na Doença de Alzheimer de início tardio	
F00.2	Demência na Doença de Alzheimer – forma atípica ou mista	

MESALAZINA 400 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 2) - 06.04.01.001-0 MESALAZINA 500 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 2) - 06.04.01.002-8

CID	Descrição	Checklist
K50.0	Doença de Crohn do intestino delgado	<a href="#">Doença de Crohn</a>

K50.1	Doença de Crohn do intestino grosso	<a href="#">Retocolite Ulcerativa</a>
K50.8	Outra forma de doença de Crohn	
K51.0	Enterocolite ulcerativa (crônica)	
K51.1	Ileocolite ulcerativa (crônica)	
K51.2	Proctite ulcerativa (crônica)	
K51.3	Retossigmoidite ulcerativa (crônica)	
K51.4	Pseudopolipose do cólon	
K51.5	Proctocolite mucosa	
K51.8	Outras colites ulcerativas	

MESALAZINA 250 mg - SUPOSITÓRIO (GRUPO 2) - 06.04.01.004-4 MESALAZINA 1000 mg - SUPOSITÓRIO (GRUPO 2) - 06.04.01.006-0

CID	Descrição	Checklist
K51.0	Enterocolite ulcerativa (crônica)	<a href="#">Retocolite Ulcerativa</a>
K51.1	Ileocolite ulcerativa (crônica)	
K51.2	Proctite ulcerativa (crônica)	
K51.3	Retossigmoidite ulcerativa (crônica)	
K51.4	Pseudopolipose do cólon	
K51.5	Proctocolite mucosa	
K51.8	Outras colites ulcerativas	

METOTREXATO 2,5 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.53.002-1

CID	Descrição	Checklist
L40.0	Psoríase vulgar	<a href="#">Psoríase</a>
L40.1	Psoríase pustulosa generalizada	
L40.4	Psoríase gutata	
L40.8	Outras formas de psoríase	
L93.0	Lúpus eritematoso discoide	<a href="#">Lúpus Eritematoso Sistêmico</a>
L93.1	Lúpus eritematoso cutâneo	
M32.1	Lúpus eritematoso dissem.[sist.] com comprometimento de outros órgãos e sistemas	
M32.8	Outras formas de lúpus eritematoso disseminado [sistêmico]	<a href="#">Lúpus Eritematoso Sistêmico</a>
M05.0	Síndrome de Felty	
M05.1	Doença reumatóide do pulmão	
M05.2	Vasculite reumatóide	
M05.3	Artrite reumatóide com comprometimento de outros órgãos e sistemas	
M05.8	Outras artrites reumatóides soropositivas	

M06.0	Artrite reumatoide soronegativa	
M06.8	Outras artrites reumatoides especificadas	<a href="#">Artrite reumatoide</a>
M08.0	Artrite reumatoide juvenil	
M08.1	Espondilite ancilossante juvenil	
M08.2	Artrite juvenil com início sistêmico	
M08.3	Poliartrite juvenil (soro-negativa)	
M08.4	Artrite juvenil pauciarticular	
M08.8	Outras artrites juvenis	
M08.9	Artrite juvenil não especificada	
M07.0	Artropatia psoriásica interfalângiana distal	
M07.2	Espondilite psoriásica	
M07.3	Outras artropatias psoriásicas	
M33.0	Dermatomiosite juvenil	<a href="#">Dermatomiosite e Polimiosite</a>
M33.1	Outras dermatomiosites	
M33.2	Polimiosite	
M34.0	Esclerose sistêmica progressiva	<a href="#">Esclerose Sistêmica</a>
M34.1	Síndrome CR(E)ST	
M34.8	Outras formas de esclerose sistêmica	
M45	Espondilite ancilossante	<a href="#">Espondilite Ancilossante</a>
M46.8	Outras espondilopatias inflamatórias especificadas	

METOTREXATO 25 mg/mL INJETÁVEL - AMPOLA 2mL (GRUPO 1A) - 06.04.53.003-0

<b>CID</b>	<b>Descrição</b>	<b>Checklist</b>
K50.0	Doença de Crohn do intestino delgado	<a href="#">Doença de Crohn</a>
K50.1	Doença de Crohn do intestino grosso	
K50.8	Outra forma de doença de Crohn	
L40.0	Psoríase vulgar	<a href="#">Psoríase</a>
L40.1	Psoríase pustulosa generalizada	
L40.4	Psoríase gutata	
L40.8	Outras formas de psoríase	
L93.0	Lúpus eritematoso discoide	<a href="#">Lúpus Eritematoso Sistêmico</a>
L93.1	Lúpus eritematoso cutâneo	
M32.1	Lúpus eritematoso dissem.[sist.] com comprometimento de outros órgãos e sistemas	
M32.8	Outras formas de lúpus eritematoso disseminado [sistêmico]	
M05.0	Síndrome de Felty	<a href="#">Artrite reumatoide</a>
M05.1	Doença reumatóide do pulmão	
M05.2	Vasculite reumatóide	
M05.3	Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas	
M05.8	Outras artrites reumatoides soropositivas	
M06.0	Artrite reumatoidesoronegativa	
M06.8	Outras artrites reumatoides especificadas	
M08.0	Artrite reumatoide juvenil	
M08.1	Espondilite ancilossante juvenil	
M08.2	Artrite juvenil com início sistêmico	
M08.3	Poliartrite juvenil (soro-negativa)	
M08.4	Artrite juvenil pauciarticular	
M08.8	Outras artrites juvenis	
M08.9	Artrite juvenil não especificada	
M07.0	Artropatia psoriásica interfalângiana distal	
M07.2	Espondilite psoriásica	
M07.3	Outras artropatias psoriásicas	
M33.0	Dermatomiosite juvenil	<a href="#">Dermatomiosite e Polimiosite</a>
M33.1	Outras dermatomiosites	
M33.2	Polimiosite	
M34.0	Esclerose sistêmica progressiva	<a href="#">Esclerose Sistêmica</a>
M34.1	Síndrome CR(E)ST	
M34.8	Outras formas de esclerose sistêmica	
M45	Espondilite ancilossante	<a href="#">Espondilite Ancilossante</a>
M46.8	Outras espondilopatias inflamatórias especificadas	

MICOFENOLATO MOFETILA 500 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.32.005-1

CID	Descrição	Checklist
T86.1	Falência ou rejeição de transplante de rim	<a href="#">Imunossupressão no Transplante Renal</a>
Z94.0	Rim transplantado	
T86.4	Falência ou rejeição de transplante de fígado	<a href="#">Imunossupressão no Transplante Hepático</a>
Z94.4	Fígado transplantado	
T86.2	Falência ou rejeição de transplante de coração	<a href="#">Imunossupressão no Transplante Cardíaco</a>
Z94.1	Coração transplantado	

MICOFENOLATO MOFETILA 500 mg - COMPRIMIDO (ELENCO ESTADUAL)

CID	Descrição	Checklist
N04.0	Síndrome nefrótica - anormalidade glomerular minor	<a href="#">Síndrome Nefrótica Primária em Adultos</a> OU <a href="#">Síndrome Nefrótica Primária em Crianças e Adolescentes</a>
N04.1	Síndrome nefrótica - lesões glomerulares focais e segmentares	
N04.7	Síndrome nefrótica - glomerulonefrite difusa em crescente	<a href="#">Síndrome Nefrítica Crônica</a>
N03.1	Síndrome nefrítica crônica - lesões glomerulares focais e segmentares	

M03.2	Outras artropatias pós-infecciosas em doenças classificadas em outra parte	<a href="#">Artropatias pós-infecciosas e reacionais</a>
M32.0	Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) induzido por drogas	<a href="#">Lúpus Eritematoso Sistêmico</a>
M32.1	Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) com comprometimento de outros órgãos e sistemas	
M32.8	Outras formas de lúpus eritematoso disseminado (sistêmico)	<a href="#">Outros Transplantes</a>
Z94.2	Pulmão transplantado	
Z94.3	Coração e pulmões transplantados	
Z94.5	Pele transplantada	
Z94.6	Ossos transplantados	
Z94.7	Córnea transplantada	
Z94.8	Outros órgãos e tecidos transplantados	
N08.1	Transtornos glomerulares em doenças neoplásicas	<a href="#">Transtornos Glomerulares em Doenças Classificadas em Outra Parte</a>
N08.5	Transtornos glomerulares em doenças sistêmicas do tecido conjuntivo	
G70.0	Miastenia Gravis	<a href="#">Miastenia Gravis</a>

MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.32.006-0

CID	Descrição	Checklist
T86.1	Falência ou rejeição de transplante de rim	<a href="#">Imunossupressão no Transplante Renal</a>
Z94.0	Rim transplantado	
T86.4	Falência ou rejeição de transplante de fígado	<a href="#">Imunossupressão no Transplante Hepático</a>
Z94.4	Fígado transplantado	
Z94.1	Coração transplantado	<a href="#">Imunossupressão no Transplante Cardíaco</a>
T86.2	Falência ou rejeição de transplante de coração	

MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 mg - COMPRIMIDO (ELENCO ESTADUAL)

CID	Descrição	Checklist
Z94.2	Pulmão transplantado	<a href="#">Outros Transplantes</a>
Z94.3	Coração e pulmões transplantados	
Z94.5	Pele transplantada	
Z94.6	Ossos transplantados	
Z94.7	Córnea transplantada	
Z94.8	Outros órgãos e tecidos transplantados	

MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.32.007-8

CID	Descrição	Checklist
T86.1	Falência ou rejeição de transplante de rim	<a href="#">Imunossupressão no Transplante Renal</a>
Z94.0	Rim transplantado	
T86.4	Falência ou rejeição de transplante de fígado	<a href="#">Imunossupressão no Transplante Hepático</a>
Z94.4	Fígado transplantado	
Z94.1	Coração transplantado	<a href="#">Imunossupressão no Transplante Cardíaco</a>
T86.2	Falência ou rejeição de transplante de coração	

MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 mg - COMPRIMIDO (ELENCO ESTADUAL)

Z94.2	Pulmão transplantado	<a href="#">Outros Transplantes</a>
Z94.3	Coração e pulmões transplantados	
Z94.5	Pele transplantada	
Z94.6	Osso transplantado	
Z94.7	Córnea transplantada	
Z94.8	Outros órgãos e tecidos transplantados	
M32.0	Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) induzido por drogas	<a href="#">Lúpus Eritematoso Sistêmico</a>
M32.1	Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) com comprometimento de outros órgãos e sistemas	

MIGLUSTATE 100 mg - CÁPSULA (GRUPO 1A) - 06.04.63.001-8\*

CID	Descrição	Checklist
E75.2	Outras esfingolipidoses	<a href="#">Doença de Gaucher</a>

NATALIZUMABE 300 mg - FRASCO/ AMPOLA (GRUPO 1A) - 06.04.32.011-6

CID	Descrição	Checklist
G35	Esclerose múltipla	<a href="#">Esclerose Múltipla</a>

NUSINERSENA 2,4 mg/mL INJETÁVEL - FRASCO/ AMPOLA DE 5 mL (GRUPO 1A) - 06.04.79.001-5

CID	Descrição	Checklist
G12.0	Atrofia Muscular Espinhal 5q Tipo I (AME Tipo I)	<a href="#">Atrofia Muscular Espinhal Tipo I</a>

OCTREOTIDA LAR 20 mg INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA (GRUPO 1A) - 06.04.29.002-0 OCTREOTIDA LAR 30 mg INJETÁVEL - FRASCO/ AMPOLA (GRUPO 1A) - 06.04.29.003-9

CID	Descrição	Checklist
E22.0	Acromegalia e gigantismo hipofisário	<a href="#">Acromegalia</a>

OLANZAPINA 5 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.23.001-0 OLANZAPINA 10 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.23.002-8

CID	Descrição	Checklist
F20.0	Esquizofrenia paranóide	<a href="#">Esquizofrenia</a>
F20.1	Esquizofrenia hebefrênica	
F20.2	Esquizofrenia catatônica	
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada	
F20.4	Depressão pós-esquisofrênica	
F20.5	Esquizofrenia residual	
F20.6	Esquizofrenia simples	
F20.8	Outras esquizofrenias	
F25.0	Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco	<a href="#">Transtorno Esquizoafetivo</a>
F25.1	Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo	
F25.2	Transtorno esquizoafetivo do tipo misto	
F31.1	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos	<a href="#">Transtorno Afetivo Bipolar – TAB I</a>
F31.2	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos	
F31.3	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado	
F31.4	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos	
F31.5	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos	
F31.6	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto	
F31.7	Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão	

PANCREATINA 10.000 UI - CÁPSULA (GRUPO 1B) - 06.04.58.001-0 PANCREATINA 25.000 UI - CÁPSULA (GRUPO 1B) - 06.04.58.002-9

CID	Descrição	Checklist
E84.1	Fibrose cística com manifestações intestinais	<a href="#">Fibrose Cística – Insuficiência Pancreática</a>
E84.8	Fibrose cística com outras manifestações	
K86.0	Pancreatite crônica induzida por álcool	

K86.1	Outras pancreatites crônicas	<a href="#">Insuficiência Pancreática Exócrina</a>
K90.3	Esteatorréia pancreática	

PARICALCITOL 5 mcg/mL SOLUÇÃO INETÁVEL - AMPOLA 1 mL (GRUPO 1A) - 06.04.77.003-0

CID	Descrição	Checklist
E83.3	Distúrbios do metabolismo do fósforo	<a href="#">Distúrbio Mineral e Ósseo na Doença Renal Crônica</a>
N18.0	Doença renal em estágio final	
N25.0	Osteodistrofia renal	

PENICILAMINA 250 mg - CÁPSULA (GRUPO 1B) - 06.04.56.001-0

CID	Descrição	Checklist
E83.0	Distúrbios do metabolismo do cobre	<a href="#">Doença de Wilson</a>

PRAMIPEXOL 0,125 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.03.004-5 PRAMIPEXOL 0,25 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.03.005-3 PRAMIPEXOL 1 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.03.006-1

CID	Descrição	Checklist
G20	Doença de Parkinson	<a href="#">Doença de Parkinson</a>

QUETIAPINA 25 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.23.003-6 QUETIAPINA 100 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.23.004-4 QUETIAPINA 200 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.23.005-2 QUETIAPINA 300 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.23.006-0

CID	Descrição	Checklist
F20.0	Esquizofrenia paranóide	<a href="#">Esquizofrenia</a>
F20.1	Esquizofrenia hebefrênica	
F20.2	Esquizofrenia catatônica	
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada	
F20.4	Depressão pós-esquizofrênica	
F20.5	Esquizofrenia residual	
F20.6	Esquizofrenia simples	<a href="#">Transtorno Esquizoafetivo</a>
F20.8	Outras esquizofrenias	
F25.0	Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco	
F25.1	Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo	<a href="#">Transtorno Afetivo Bipolar – TAB I</a>
F25.2	Transtorno esquizoafetivo do tipo misto	
F31.1	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos	
F31.2	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos	
F31.3	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado	
F31.4	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos	
F31.5	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos	
F31.6	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto	
F31.7	Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão	

RALOXIFENO 60 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 2) - 06.04.43.001-9

CID	Descrição	Checklist
M80.0	Osteoporose pós-menopáusia com fratura patológica	<a href="#">Osteoporose</a>
M80.1	Osteoporose pós-ooforectomia com fratura patológica	
M80.2	Osteoporose de desuso com fratura patológica	
M80.3	Osteoporose por má-absorção pós-cirúrgica com fratura patológica	
M80.4	Osteoporose induzida por drogas com fratura patológica	
M80.5	Osteoporose idiopática com fratura patológica	
M80.8	Outras osteoporoses com fratura patológica	
M81.0	Osteoporose pós-menopáusia	
M81.1	Osteoporose pós-ooforectomia	

M81.2	Osteoporose de desuso	Exclui: atrofia de Sudeck
M81.3	Osteoporose devida à má-absorção pós-cirúrgica	
M81.4	Osteoporose induzida por drogas	

M81.5	Osteoporose idiopática
M81.6	Osteoporose localizada [Lequesne] Exclui:atrofia de Sudeck
M81.8	Outras osteoporoses - Osteoporose senil
M82.0	Osteoporose na mielomatose múltipla
M82.1	Osteoporose em distúrbios endócrinos
M82.8	Osteoporose em outras doenças classificadas em outra parte

RASAGILINA 1 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.37.003-2

CID	Descrição	Checklist
G20	Doença de Parkinson	<a href="#">Doença de Parkinson</a>

RILUZOL 50 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.54.001-9

CID	Descrição	Checklist
G12.2	Doença do neurônio motor - ELA	<a href="#">Esclerose Lateral Amiotrófica</a>

RISPERIDONA 1 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1B) - 06.04.51.001-2  
 RISPERIDONA 2 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1B) - 06.04.51.002-0

CID	Descrição	Checklist
F20.0	Esquizofrenia paranóide	<a href="#">Esquizofrenia</a>
F20.1	Esquizofrenia hebefrênica	
F20.2	Esquizofrenia catatônica	
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada/hiv	
F20.4	Depressão pós esquizofrênica	
F20.5	Esquizofrenia residual	
F20.6	Esquizofrenia simples	
F20.8	Outras esquizofrenias	
F25.0	Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco	<a href="#">Transtorno Esquizoafetivo</a>
F25.1	Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo	
F25.2	Transtorno esquizoafetivo do tipo misto	
F31.1	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos	<a href="#">Transtorno Afetivo Bipolar – TAB I</a>
F31.2	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos	
F31.3	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado	
F31.4	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos	
F31.5	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos	
F31.6	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto	
F31.7	Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão	<a href="#">Comportamento Agressivo como Transtorno do Espectro do Autismo - TEA</a>
F84.0	Autismo infantil	
F84.1	Autismo atípico	
F84.3	Outro transtorno desintegrativo da infância	
F84.5	Síndrome de Asperger	
F84.8	Outros transtornos invasivos do desenvolvimento	

RITUXIMABE 500 mg INJETAVEL - FRASCO AMPOLA 50 mL (GRUPO 1A) - 06.04.68.002-3

CID	Descrição	Checklist
M05.0	Síndrome de Felty	<a href="#">Artrite reumatoide</a>
M05.1	Doença reumatóide do pulmão	
M05.2	Vasculite reumatóide	
M05.3	Artrite reumatóide com comprometimento de outros órgãos e sistemas	
M05.8	Outras artrites reumatóides soro-positivas	
M06.0	Artrite reumatóide soro-negativa	
M06.8	Outras artrites reumatóides especificadas	

RIVASTIGMINA 2,0 mg/mL - SOLUÇÃO ORAL/ FRASCO 120 mL (GRUPO 1B) - 06.04.13.007-4  
 RIVASTIGMINA 1,5 MG - CAPSULA (GRUPO 1A) - 06.04.13.006-6  
 RIVASTIGMINA 3 mg - CÁPSULA (GRUPO 1A) - 06.04.13.008-2  
 RIVASTIGMINA 4,5 mg - CÁPSULA (GRUPO 1A) - 06.04.13.009-0  
 RIVASTIGMINA 6 mg - CÁPSULA (GRUPO 1A) - 06.04.13.010-4  
 RIVASTIGMINA 9 mg (5 cm<sup>2</sup> - 4,6mg/24h) ADESIVO TRANSDÉRMICO (GRUPO 1A) - 06.04.13.012-0  
 RIVASTIGMINA 18 mg (10 cm<sup>2</sup> -

9,5mg/24h) - ADESIVO TRANSDÉRMICO (GRUPO 1A) - 06.04.13.013-9

CID	Descrição	Checklist
G30.0	Doença de Alzheimer de início precoce	<a href="#">Doença de Alzheimer</a>
G30.1	Doença de Alzheimer de início tardio	
G30.8	Outras formas de Doença de Alzheimer	
F00.0	Demência na Doença de Alzheimer de início precoce	
F00.1	Demência na Doença de Alzheimer de início tardio	
F00.2	Demência na Doença de Alzheimer – forma atípica ou mista	

SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO 100 mg - INJETÁVEL/FRASCO 5 mL (GRUPO 1B) - 06.04.26.001-6

CID	Descrição	Checklist
N18.0	Doença renal em estágio final	<a href="#">Anemia na Insuficiência Renal Crônica</a>
N18.8	Outra insuficiência renal crônica	

SECUQUINUMABE 150 mg INJETÁVEL (GRUPO 1A) - 06.04.69.002-9

CID	Descrição	Checklist
M07.0	Artropatia psoriásica interfalagiana distal	<a href="#">Artrite psoriásica</a>
M07.2	Espondilite psoriásica	
M07.3	Outras artropatias psoriásicas	
M45	Espondilite anquilosante	<a href="#">Espondilite Anquilosante</a>
M46.8	Outras espondilopatias inflamatórias especificadas	
L40.0	Psoríase vulgar	<a href="#">Psoríase</a>
L40.1	Psoríase pustulosa generalizada	
L40.4	Psoríase gutata	
L40.8	Outras formas de psoríase	

SELEGILINA 5 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1B) - 06.04.37.001-6

CID	Descrição	Checklist
G20	Doença de Parkinson	<a href="#">Doença de Parkinson</a>

SEVELÂMÉR 800 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.40.001-2

CID	Descrição	Checklist
E83.3	Distúrbios do metabolismo do fósforo	<a href="#">Distúrbio Mineral e Ósseo na Doença Renal Crônica</a>
N18.0	Doença renal em estágio final	
N25.0	Osteodistrofia renal	

SILDENAFILA 20 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.35.001-5

CID	Descrição	Checklist
I27.0	Hipertensão pulmonar primária	<a href="#">Hipertensão Arterial Pulmonar</a>
I27.2	Outra hipertensão pulmonar secundária	
I27.8	Outras doenças pulmonares do coração especificadas	

SILDENAFILA 25 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.35.002-3 SILDENAFILA 50 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.35.003-1

CID	Descrição	Checklist
M34.0	Esclerose sistêmica progressiva	<a href="#">Esclerose Sistêmica</a>
M34.1	Síndrome CR(E)ST	
M34.8	Outras formas de esclerose sistêmica	

SIROLIMO 1 mg - DRÁGEA (GRUPO 1A) - 06.04.32.008-6 SIROLIMO 2 mg - DRÁGEA (GRUPO 1A) - 06.04.32.009-4

CID	Descrição	Checklist
J84.8	Outras doenças pulmonares intersticiais especificadas	<a href="#">Linfangiomiomatose</a>
T86.1	Falência ou rejeição de transplante de rim	<a href="#">Imunossupressão no Transplante Renal</a>
Z94.0	Rim transplantado	
T86.4	Falência ou rejeição de transplante de fígado	<a href="#">Imunossupressão no Transplante Hepático</a>
Z94.4	Fígado transplantado	

SIROLIMO 1 mg - DRÁGEA (ELENCO ESTADUAL) SIROLIMO 2 mg - DRÁGEA (ELENCO ESTADUAL)

CID	Descrição	Checklist
Z94.1	Coração transplantado	<a href="#">Outros Transplantes</a>
Z94.2	Pulmão transplantado	
Z94.3	Coração e pulmões transplantados	
Z94.5	Pele transplantada	
Z94.6	Ossos transplantados	
Z94.7	Córnea transplantada	
Z94.8	Outros órgãos e tecidos transplantados	

SOMATROPINA 4 UI – INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA (GRUPO 1A) - 06.04.61.001-7 SOMATROPINA 12 UI – INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA (GRUPO 1A) - 06.04.61.002-5

CID	Descrição	Checklist
E23.0	Hipopituitarismo	<a href="#">Deficiência do Hormônio de Crescimento - Hipopituitarismo</a>
Q96.0	Cariótipo 45, X	<a href="#">Síndrome de Turner</a>
Q96.1	Cariótipo 46, X iso (Xq)	
Q96.2	Cariótipo 46, X com cromossomo sexual anormal, salvo iso (Xq)	
Q96.3	Mosaicismo cromossômico, 45, X/46, XX ou XY	
Q96.4	Mosaicismo cromossômico, 45, X/outra(s) linhagens celular(es) com cromossomo sexual anormal	
Q96.8	Outras variantes da síndrome de Turner	

SULFASSALAZINA 500 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 2) - 06.04.01.009-5

CID	Descrição	Checklist
K50.0	Doença de Crohn do intestino delgado	<a href="#">Doença de Crohn</a>
K50.1	Doença de Crohn do intestino grosso	
K50.8	Outra forma de doença de Crohn	
K51.0	Enterocolite ulcerativa (crônica)	<a href="#">Retocolite Ulcerativa</a>
K51.1	Ileocolite ulcerativa (crônica)	
K51.2	Proctite ulcerativa (crônica)	
K51.3	Retossigmoidite ulcerativa (crônica)	
K51.4	Pseudopolipose do cólon	
K51.5	Proctocolite mucosa	
K51.8	Outras colites ulcerativas	

K52.2	Gastroenterite e colite alérgicas ou ligadas à dieta	<a href="#">Artrite Reativa – Doença de Reiter</a>	
M02.3	Doença de Reiter		
M05.0	Síndrome de Felty	<a href="#">Artrite reumatoide</a>	
M05.1	Doença reumatóide do pulmão		
M05.2	Vasculite reumatóide		
M05.3	Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas		
M05.8	Outras artrites reumatóides soropositivas		
M06.0	Artrite reumatoide soronegativa		
M06.8	Outras artrites reumatóides especificadas		
M08.0	Artrite reumatoide juvenil		
M08.1	Espondilite ancilosante juvenil		
M08.2	Artrite juvenil com início sistêmico		
M08.3	Poliartrite juvenil (soro-negativa)		
M08.4	Artrite juvenil pauciarticular		
M08.8	Outras artrites juvenis		
M08.9	Artrite juvenil não especificada		
M07.0	Artropatias psoriásicas e enteropáticas		<a href="#">Artrite psoriásica</a>
M07.2	Espondilite psoriásica		
M07.3	Outras artropatias psoriásicas	<a href="#">Artropatia Enteropática</a>	
M07.4	Artropatia na doença de Crohn [enterite regional]		
M07.5	Artropatia na colite ulcerativa		
M07.6	Outras artropatias enteropáticas		

M45	Espondilite ancilozante	<a href="#">Espondilite Ancilozante</a>
M46.8	Outras espondilopatias inflamatórias especificadas	

TACROLIMO 1 mg - CÁPSULA (GRUPO 1A) - 06.04.34.006-0 TACROLIMO 5 mg - CÁPSULA (GRUPO 1A) - 06.04.34.007-9

CID	Descrição	Checklist
N04.0	Síndrome nefrótica - anormalidade glomerular minor	<a href="#">Síndrome Nefrótica Primária em Crianças e Adolescentes</a>
N04.1	Síndrome nefrótica - lesões glomerulares focais e segmentares	
N04.2	Síndrome nefrótica - glomerulonefrite membranosa difusa	
N04.3	Síndrome nefrótica - glomerulonefrite proliferativa mesangial difusa	
N04.4	Síndrome nefrótica - glomerulonefrite proliferativa endocapilar difusa	
N04.5	Síndrome nefrótica - glomerulonefrite mesangiocapilar difusa	
N04.6	Síndrome nefrótica - doença de depósito denso	
N04.7	Síndrome nefrótica - glomerulonefrite difusa em crescente	
N04.8	Síndrome nefrótica - outras	
T86.1	Falência ou rejeição de transplante de rim	<a href="#">Imunossupressão no Transplante Renal</a>
Z94.0	Rim transplantado	
T86.2	Falência ou rejeição de transplante de coração	<a href="#">Imunossupressão no Transplante Cardíaco</a>
Z94.1	Coração transplantado	
T86.4	Falência ou rejeição de transplante de fígado	<a href="#">Imunossupressão no Transplante Hepático</a>
Z94.4	Fígado transplantado	

TACROLIMO 1 mg - CÁPSULA (ELENCO ESTADUAL) TACROLIMO 5 mg - CÁPSULA (ELENCO ESTADUAL)

CID	Descrição	Checklist
Z94.1	Coração transplantado	<a href="#">Outros Transplantes</a>
Z94.2	Pulmão transplantado	
Z94.3	Coração e pulmões transplantados	
Z94.5	Pele transplantada	
Z94.6	Ossos transplantados	
Z94.7	Córnea transplantada	
Z94.8	Outros órgãos e tecidos transplantados	

TAFAMIDIS 20 mg - CÁPSULA (GRUPO 1A) - 06.04.54.006-0

CID	Descrição	Checklist
E85.1	Amiloidose hereditária neuropática	<a href="#">Polineuropatia Amiloidótica Familiar</a>

TERIFLUNOMIDA 14 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.54.004-3

CID	Descrição	Checklist
G35	Esclerose múltipla	<a href="#">Esclerose Múltipla</a>

TIMOLOL 5,0 MG/ML SOL OFT (FR) 5 ML (GRUPO 2) - 06.04.74.001-8

CID	Descrição	Checklist
H40.1	Glaucoma primário de ângulo aberto	<a href="#">Glaucoma</a>
H40.2	Glaucoma primário de ângulo fechado	
H40.3	Glaucoma secundário a traumatismo ocular	
H40.4	Glaucoma secundário a inflamação ocular	
H40.5	Glaucoma secundário a outros transtornos do olho	
H40.6	Glaucoma secundário a drogas	
H40.8	Outro glaucoma	
Q15.0	Glaucoma congênito	

TOBRAMICINA 300MG/5 ML SOLUÇÃO INALATÓRIA (POR AMPOLA) - 06.04.81.001-6\*

CID	Descrição	Checklist
E84.0	Fibrose cística com manifestações pulmonares	<a href="#">Fibrose Cística - Manifestações pulmonares</a>
E84.8	Fibrose cística com outras manifestações	

TOCILIZUMABE 20 mg/mL INJETAVEL - FRASCO AMPOLA 4 mL (GRUPO 1A) - 06.04.69.001-0

CID	Descrição	Checklist
M05.0	Síndrome de Felty	<a href="#">Artrite reumatoide</a>
M05.1	Doença reumatóide do pulmão	
M05.2	Vasculite reumatóide	
M05.3	Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas	
M05.8	Outras artrites reumatoidessoropositivas	
M06.0	Artrite reumatoidesoronegativa	
M06.8	Outras artrites reumatoides especificadas	
M08.0	Artrite Reumatoide Juvenil	
M08.1	Espondilite ancilosante juvenil	
M08.2	Artrite juvenil com início sistêmico	
M08.3	Poliartrite juvenil (soro-negativa)	
M08.4	Artrite juvenil pauciarticular	
M08.8	Outras artrites juvenis	
M08.9	Artrite juvenil não especificada	

TOFACITINIBE 5 mg (CITRATO) - COMPRIMIDO (GRUPO 1A) - 06.04.32.015-9

CID	Descrição	Checklist
M05.0	Síndrome de Felty	<a href="#">Artrite reumatoide</a>
M05.1	Doença Reumatoide do Pulmão	
M05.2	Vasculite Reumatoide	
M05.3	Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas	
M05.8	Outras artrites reumatoidessoropositivas	
M06.0	Artrite reumatoidesoronegativa	
M06.8	Outras artrites reumatoides especificadas	
M07.0	Artropatia psoriásica interfalangiana distal	<a href="#">Artrite Psoriaca</a>
M07.2	Espondilite psoriásica	

M07.3 Outras artropatias psoriásicas

TOPIRAMATO 25 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 2) - 06.04.50.006-8 TOPIRAMATO 50 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 2) - 06.04.50.007-6 TOPIRAMATO 100 mg - COMPRIMIDO (GRUPO 2) - 06.04.50.008-4

CID	Descrição	Checklist
G40.0	Epilepsia e síndromes epilépticas idiopáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises de início focal	<a href="#">Epilepsia</a>
G40.1	Epilepsia e síndromes epilépticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais simples	
G40.2	Epilepsia e síndromes epilépticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais complexas	
G40.3	Epilepsia e síndromes epilépticas generalizadas idiopáticas	
G40.4	Outras epilepsias e síndromes epilépticas generalizadas	
G40.5	Síndromes epilépticas especiais	
G40.6	Crise de grande mal, não especificada (com ou sem pequeno mal)	
G40.7	Pequeno mal não especificado, sem crises de grande mal	
G40.8	Outras epilepsias	

TOXINA BOTULÍNICA TIPO A 100 U - INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA (GRUPO 1A) - 06.04.55.001-4 TOXINA BOTULÍNICA TIPO A 500 U - INJETÁVEL - FRASCO/AMPOLA (GRUPO 1A) - 06.04.55.002-2

CID	Descrição	Checklist
G24.3	Torcicolo espasmódico	<a href="#">Distonias e Espasmo Hemifacial</a>
G24.4	Distonia orofacial idiopática	
G24.5	Blefaroespasma	
G24.8	Outras distonias	
G51.3	Espasmo hemifacial clônico	
G51.8	Outros transtornos do nervo facial	
G04.1	Paraplegia espástica tropical	
G80.0	Paralisia cerebral espástica	
G80.1	Diplegia espástica	
G80.2	Hemiplegia infantil	
G81.1	Hemiplegia espástica	

G82.1	Paraplegia esplástica
G82.4	Tetraplegia espástica
I69.0	Sequelas de hemorragia subaracnóidea
I69.1	Sequelas de hemorragia intracerebral
I69.2	Sequelas de outras hemorragias intracranianas não traumáticas
I69.3	Sequelas de infarto cerebral
I69.4	Sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico
I69.8	Sequelas de outras doenças cerebrovasculares e das não especificadas
T90.5	Sequelas de traumatismo intracraniano
T90.8	Sequelas de outros traumatismos especificados da cabeça

[Espasticidade](#)

TRAVOPROSTA 0,04 MG/ML SOL OFT (FR) 2,5 ML (GRUPO 2) - 06.04.65.003-5

CID	Descrição	Checklist
H40.1	Glaucoma primário de ângulo aberto	<a href="#">Glaucoma</a>
H40.2	Glaucoma primário de ângulo fechado	
H40.3	Glaucoma secundário a traumatismo ocular	
H40.4	Glaucoma secundário a inflamação ocular	
H40.5	Glaucoma secundário a outros transtornos do olho	
H40.6	Glaucoma secundário a drogas	

H40.8	Outro glaucoma	
Q15.0	Glaucoma congênito	

TRIENTINA 250 MG - CÁPSULA (GRUPO 1.A) - 06.04.63.007-7

CID	Descrição	Checklist
E83.0	Distúrbios do metabolismo do cobre	<a href="#">Doença de Wilson</a>

USTEQUINUMABE 45/0,5 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) 0,5 ML (GRUPO 1.A) - 06.04.69.003-7

CID	Descrição	Checklist
L40.0	Psoríase vulgar	<a href="#">Psoríase</a>
L40.1	Psoríase pustulosa generalizada	
L40.4	Psoríase gutata	
L40.8	Outras formas de psoríase	

VEDOLIZUMABE 300 MG PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL (GRUPO 1.A) - 06.04.32.016-7

CID	Descrição	Checklist
K51.0	Enterocolite ulcerativa (crônica)	<a href="#">Retocolite Ulcerativa</a>
K51.2	Proctite ulcerativa (crônica)	
K51.3	Retossigmoidite ulcerativa (crônica)	
K51.5	Proctocolite mucosa	
K51.8	Outras colites ulcerativas	

VIGABATRINA 500 MG - COMPRIMIDO (GRUPO 2) - 06.04.19.001-8

CID	Descrição	Checklist
G40.0	Epilepsia e síndromes epilépticas idiopáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises de início focal	<a href="#">Epilepsia</a>
G40.1	Epilepsia e síndromes epilépticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais simples	
G40.2	Epilepsia e síndromes epilépticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais complexas	
G40.3	Epilepsia e síndromes epilépticas generalizadas idiopáticas	
G40.4	Outras epilepsias e síndromes epilépticas generalizadas	
G40.5	Síndromes epilépticas especiais	
G40.6	Crise de grande mal, não especificada (com ou sem pequeno mal)	
G40.7	Pequeno mal não especificado, sem crises de grande mal	
G40.8	Outras epilepsias	

ZIPRASIDONA 40 mg - CÁPSULA (GRUPO 1A) - 06.04.21.001-9 ZIPRASIDONA 80 mg - CÁPSULA (GRUPO 1A) - 06.04.21.002-7

<b>CID</b>	<b>Descrição</b>	<b>Checklist</b>
F20.0	Esquizofrenia paranoide	<a href="#">Esquizofrenia</a>
F20.1	Esquizofrenia hebefrênica	
F20.2	Esquizofrenia catatônica	
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada	
F20.4	Depressão pós esquizofrênica	
F20.5	Esquizofrenia residual	
F20.6	Esquizofrenia simples	
F20.8	Outras esquizofrenias	
F25.0	Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco	<a href="#">Transtorno Esquizoafetivo</a>
F25.1	Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo	
F25.2	Transtorno esquizoafetivo do tipo misto	

**\* Medicamentos atendidos apenas nos centros de referência**

## MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESTRATÉGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

<b>2. MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESTRATÉGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:</b>					
<b>2.1. PRODUTOS PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO:</b>					
<b>Item</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Local de Acesso</b>	<b>Componente</b>	<b>PCDT (Federal, Estadual, Municipal)</b>
	NICOTINA 7 MG	ADESIVO TRANSDERMICO	FARMÁCIA POLO CLÍNICA DA FAMÍLIA	ESTRATÉGICO	FEDERAL PORTARIA CONJUNTA SCTIE/SAE S/MS Nº 10, DE 16 DE ABRIL DE 2020
	NICOTINA 14 MG	ADESIVO TRANSDERMICO	FARMÁCIA POLO CLÍNICA DA FAMÍLIA	ESTRATÉGICO	FEDERAL PORTARIA CONJUNTA SCTIE/SAE S/MS Nº 10, DE 16 DE ABRIL DE 2020
	NICOTINA 21 MG	ADESIVO TRANSDERMICO	FARMÁCIA POLO CLÍNICA DA FAMÍLIA	ESTRATÉGICO	FEDERAL PORTARIA CONJUNTA SCTIE/SAE S/MS

					Nº 10, DE 16 DE ABRIL DE 2020
	NICOTINA 2 MG	GOMA DE MASCAR / PASTILHA	FARMÁCIA POLO CLÍNICA DA FAMÍLIA	ESTRATÉ GICO	FEDERAL PORTARIA CONJUNTA SCTIE/SAE S/MS Nº 10, DE 16 DE ABRIL DE 2020
	CLORIDRATO DE BUPROPIONA 150 MG	COMPRIMIDO DE ACAO PROLONGADA	FARMÁCIA POLO CLÍNICA DA FAMÍLIA	ESTRATÉ GICO	FEDERAL PORTARIA CONJUNTA SCTIE/SAE S/MS Nº 10, DE 16 DE ABRIL DE 2020

**2.2. MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS PARA TRATAMENTO DO HIV/AIDS:**

Item	Medicamento	Apresentação	Local de Acesso	Componete	PCDT (Federal,Es tadual, Municipal)
	ACICLOVIR 200MG	COMPRIMIDO	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉ GICO	MUNICIPA L
	ACICLOVIR 5%	CREME	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉ GICO	FEDERAL
	ACICLOVIR 250MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉ GICO	FEDERAL

GANCICLOVIR 500MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉ GICO	FEDERAL
SULFATO DE ABACAVIR- ABC 300MG	COMPRIMIDO	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉ GICO	FEDERAL
SULFATO DE ABACAVIR- ABC 20MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉ GICO	FEDERAL
DARUNAVIR 75MG	COMPRIMIDO	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉ GICO	FEDERAL
DARUNAVIR 150 MG	COMPRIMIDO	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉ GICO	FEDERAL
DARUNAVIR 600MG	COMPRIMIDO	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉ GICO	FEDERAL
DOLUTEGRAVIR 50MG	COMPRIMIDO	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉ GICO	FEDERAL
ESTAVUDINA-D4T 30MG	CÁPSULA	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉ GICO	FEDERAL
ESTAVUDINA-D4T 1MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉ GICO	FEDERAL
LAMIVUDINA- 3TC 150MG	COMPRIMIDO	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉ GICO	FEDERAL
LAMIVUDINA- 3TC 10MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉ GICO	FEDERAL
ZIDOVUDINA-AZT 100MG	CÁPSULA	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉ GICO	FEDERAL
ZIDOVUDINA-AZT 10MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉ GICO	FEDERAL
ZIDOVUDINA-AZT 10MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉ GICO	FEDERAL
ZIDOVUDINA + LAMIVUDINA-AZT +3TC 300MG + 150MG	COMPRIMIDO	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉ GICO	FEDERAL
EFAVIRENZ-EFZ 600MG	COMPRIMIDO	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉ GICO	FEDERAL

EFAVIRENZ-EFZ 200MG	CÁPSULA	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉ GICO	FEDERAL
EFAVIRENZ-EFZ 30MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉ GICO	FEDERAL
ETRAVIRINA 100MG	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉ GICO	FEDERAL
ETRAVIRINA 200MG	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉ GICO	FEDERAL
MARAVIROQUE 150 MG	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉ GICO	FEDERAL
NEVIRAPINA-NVP 200MG	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉ GICO	FEDERAL
NEVIRAPINA-NVP 10MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉ GICO	FEDERAL
FUMARATO DE TENOFOVIR DESOPROXILA-TDF 300MG	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉ GICO	FEDERAL
SULFATO DE ATAZANAVIR- ATV 200MG	CÁPSULA	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉ GICO	FEDERAL
SULFATO DE ATAZANAVIR-ATV 300MG	CÁPSULA	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉ GICO	FEDERAL
LOPINAVIR + RITONAVIR-LPV/r 100MG + 25MG	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉ GICO	FEDERAL
LOPINAVIR + RITONAVIR-LPV/r (80MG + 20MG)/ML	SOLUÇÃO ORAL	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉ GICO	FEDERAL
RALTEGRAVIR 100MG	COMPRIMIDO MASTIGÁVEL	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉ GICO	FEDERAL
RALTEGRAVIR 100MG	GRÂNULOS PARA SOLUÇÃO ORAL	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉ GICO	FEDERAL
RALTEGRAVIR 400MG	CÁPSULA MOLE	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉ GICO	FEDERAL
RITONAVIR 100MG	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉ GICO	FEDERAL

RITONAVIR 100MG	PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	FEDERAL
TENOFOVIR + LAMIVUDINA 300 + 300MG	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	FEDERAL
TENOFOVIR + LAMIVUDINA + EFAVIRENZ 300 + 300 + 600 MG	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	FEDERAL
TIPRANAVIR 250MG	CÁPSULA	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	FEDERAL
TIPRANAVIR 100MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	FEDERAL
TALIDOMIDA-TAL 100MG	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	FEDERAL
ENFUVIRTIDA-T-20 90MG/ML	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	FEDERAL
Medicamento	Apresentação	Local de Acesso	Componente	PCDT (Federal, Estadual, Municipal)
ETAMBUTOL	COMPRIMIDO 400 MG	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	FEDERAL
ESTREPTOMICINA	SUSPENSÃO ORAL 2,5 % 25MG/ML	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	FEDERAL
ISONIAZIDA	COMPRIMIDO 100MG	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	FEDERAL
ISONIAZIDA	COMPRIMIDO 300 MG	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	FEDERAL
ISONIAZIDA + RIFAMPICINA	COMPRIMIDO 75 + 150 MG	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	FEDERAL
	COMPRIMIDO DISPERSÍVEL 50 + 75 MG	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	FEDERAL

		COMPRIMIDO 150 + 300 MG	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉGICO	FEDERAL
PIRAZINAMIDA		COMPRIMIDO DISPERSÍVEL 150 MG	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉGICO	FEDERAL
		SUSPENSÃO ORAL 30 MG/ML	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉGICO	FEDERAL
		COMPRIMIDO 500 MG	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉGICO	FEDERAL
RIFAMPICINA		COMPRIMIDO 300 MG	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉGICO	FEDERAL
RIFAMPICINA + ISONIAZIDA + PIRAZINAMIDA		COMPRIMIDO 75 MG + 50 MG + 400 MG + 150MG	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉGICO	FEDERAL
RIFAMPICINA + ISONIAZIDA + PIRAZINAMIDA + ETAMBUTOL		COMPRIMIDO 150 MG + 75 MG + 400 MG + 275MG	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉGICO	FEDERAL
<b>2.4. MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DA HANSENIASE E ADJUVANTES:</b>					
Item	Medicamento	Apresentação	Local de Acesso	Componete	PCDT (Federal, Estadual, Municipal)
	BLISTER POLIQUIMIOTERAPIA ÚNICA ADULTO	CARTELA	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉGICO	FEDERAL
	BLISTER POLIQUIMIOTERAPIA ÚNICA INFANTIL	CARTELA	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉGICO	FEDERAL
	BLISTER CALENDÁRIO PAUCIBACILAR ADULTO CARTELA	CARTELA	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉGICO	FEDERAL
	CLOFAZIMINA 100MG	CÁPSULA	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉGICO	FEDERAL
	CLOFAZIMINA 50MG	CÁPSULA	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉGICO	FEDERAL
	MINOCICLINA 100MG	COMPRIMIDO	Farmácia Epidemiologia	- ESTRATÉGICO	FEDERAL

OFLOXACINO 400MG	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
PENTOXIFILINA 400MG	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
RIFAMPICINA 300MG	CÁPSULA	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
PREDNISONA 5MG	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
PREDNISONA 20MG	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
<b>2.5. MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DA TOXOPLASMOSE:</b>				
Espiramicina 1,5 MUI compr	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
Pirimetamina 25mg compr	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
Sulfadiazina 500mg compr	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
Ácido Fólnico 15mg compr	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	MUNICIPAL
<b>2.6. MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DA SIFILIS:</b>				
Benzilpenicilina Benzatina 1.200.00 UI	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
Benzilpenicilina Cristalina 5.000.000 UI	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
<b>2.7. MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DA INFLUENZA A (H1N1):</b>				
Oseltamivir 30mg caps	CÁPSULA	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
Oseltamivir 45mg caps	CÁPSULA	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL

Farmácia -  
Epidemiologia

	Osetamivir 75mg caps	CÁPSULA	Farmácia Epidemiologia	-		
<b>2.8. MEDICAMENTOS PARA DOENÇA MENINGOCÓCICA</b>						
	Rifampicina 300mg caps	CÁPSULA	Farmácia Epidemiologia	-	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
	Rifampicina 20mg/ml sol oral	SOLUÇÃO ORAL	Farmácia Epidemiologia	-	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
	Ceftriaxona 250mg intramuscular	FRASCO - AMPOLA	Farmácia Epidemiologia	-	ESTRAT ÉGICO	MUNICIPAL
	Ciprofloxacino 500mg	CÁPSULA	Farmácia Epidemiologia	-	ESTRAT ÉGICO	MUNICIPAL
<b>2.9. MEDICAMENTOS PARA SARAMPO</b>						
	Palmitato de Retinol – Vitamina A 100.000 UI	COMPRIMIDO	Farmácia Epidemiologia	-	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
	Palmitato de Retinol – Vitamina A 200.000 UI	COMPRIMIDO	Farmácia Epidemiologia	-	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
<b>2.10. MEDICAMENTOS PARA FEBRE MACULOSA</b>						
	Doxiciclina 100mg	COMPRIMIDO	Farmácia Epidemiologia	-	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
	Cloranfenicol 500mg	COMPRIMIDO	Farmácia Epidemiologia	-	ESTRAT ÉGICO	MUNICIPAL
	Cloranfenicol 25mg/ml		Farmácia Epidemiologia	-	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
<b>2.11. MEDICAMENTOS PARA LEISHIMANIOSE</b>						
	Antimoniato de meglumina 300mg/ml sol inj	FRASCO- AMPOLA	Farmácia Epidemiologia	-	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
	Anfotericina B desoxicolato 50mg sol inj	FRASCO- AMPOLA	Farmácia Epidemiologia	-	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
	Anfotericina B lipossomal 50mg sol inj	FRASCO- AMPOLA	Farmácia Epidemiologia	-	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
	Isetionato pentamidina 300mg sol inj	FRASCO- AMPOLA	Farmácia Epidemiologia	-	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
<b>2.12. MEDICAMENTOS PARA MICOSES SISTÊMICAS</b>						

	Itraconazol 100mg caps	CÁPSULA	Farmácia Epidemiologia	- -	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
	Anfotericina B complexo lipídico 100mg inj	FRASCO- AMPOLA	Farmácia Epidemiologia	- -	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
<b>2.13. MEDICAMENTOS PARA ESQUISTOSSOMOSE</b>						
	Praziquantel 600mg compr	COMPRIMIDO	Farmácia Epidemiologia	- -	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
	Oxamniquina 50mg/ml susp oral	SUSPENSÃO ORAL	Farmácia Epidemiologia	- -	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
<b>2.14. MEDICAMENTOS PARA DOENÇA DE CHAGAS</b>						
	Benznidazol 12,5 mg compr	COMPRIMIDO	Farmácia Epidemiologia	- -	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
	Benznidazol 100 mg compr	COMPRIMIDO	Farmácia Epidemiologia	- -	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
<b>2.15. MEDICAMENTOS PARA CÓLERA</b>						
	Eritromicina 500mg compr	COMPRIMIDO	Farmácia Epidemiologia	- -	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
	Eritromicina 50mg/ml susp oral	SUSPENSÃO ORAL	Farmácia Epidemiologia	- -	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
	Doxiciclina 100mg compr	COMPRIMIDO	Farmácia Epidemiologia	- -	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
<b>2.16. MEDICAMENTOS PARA MALÁRIA</b>						
	Doxiciclina 100mg compr	COMPRIMIDO	Farmácia Epidemiologia	- -	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
	Artemeter 80mg/ml sol inj	AMPOLA	Farmácia Epidemiologia	- -	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
	Artemeter + lumefantrina 20mg + 120mg compr	COMPRIMIDO	Farmácia Epidemiologia	- -	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
	Artesunato 60mg/ml inj	AMPOLA	Farmácia Epidemiologia	- -	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
	Artesunato + mefloquina 25mg + 55mg compr	COMPRIMIDO	Farmácia Epidemiologia	- -	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL

	Clindamicina 300mg caps	CÁPSULA	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
	Clindamicina 150mg/ml inj		Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
	Cloroquina 150mg compr	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
	Primaquina 5mg compr	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
	Primaquina 15mg compr	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
	Quinina 500mg compr	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
	Quinina 300mg/ml inj	AMPOLA	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
<b>2.17. MEDICAMENTO PARA FILARIOSE</b>					
	Dietilcarbamazina 50mg compr	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	FEDERAL
<b>2.18. MEDICAMENTO PARA INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST) E INFECÇÕES OPORTUNISTAS (IO)</b>					
	Aciclovir 200 mg comp	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	MUNICIPAL
	Aciclovir 250 mg F/A	FRASCO - AMPOLA	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	ESTADUAL
	Ácido Fólnico 15 mg comp	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	MUNICIPAL
	Albendazol 400 mg comp	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	MUNICIPAL
	Anfotericina B mLipossomal F/A	FRASCO - AMPOLA	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	ESTADUAL
	Atorvastatina 10mg comp	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	ESTADUAL
	Azitromicina 500 mg comp	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRAT ÉGICO	MUNICIPAL

Azitromicina 40mg/ml pó p/ susp oral	SUSPENSÃO ORAL	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL
Cabergolina 0,5 mg comp	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	ESTADUAL
Ceftriaxona 250mg – intramuscular (pó p/ sol. Inj.)	FRASCO AMPOLA	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL
Ciprofloxacina 500 mg comp	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL
Claritromicina 500 mg comp	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL
Clindamicina 300mg comp	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL
Dapsona 100 mg comp	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	ESTADUAL
Doxiciclina 100mg compr	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	FEDERAL
Eritromicina 500mg compr	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL
Fenofibrato 200mg cáps	CÁPSULA	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	ESTADUAL
Filgrastim 300 mcg f/a – Cadastro no Componente Especializado	FRASCO - AMPOLA	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	ESTADUAL
Fluconazol 150 mg cáps	CÁPSULA	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL
Fluconazol 2 mg/ml sol. Inj		Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	ESTADUAL
Gabapentina 400mg cáps – Cadastro no Componente Especializado	CÁPSULA	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	ESTADUAL
Ganciclovir 1 mg/ml - Bolsa 500 ml	BOLSA INJETÁVEL	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	ESTADUAL
Imunoglobulina Humana 2,5g f/a – Cadastro no Componente Especializado	AMPOLA	Farmácia - Epidemiologia	ESTRATÉGICO	ESTADUAL

	Itraconazol 100 mg comp	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia
	Metronidazol 250mg compr	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia
	Miconazol 20mg/g creme bisnaga	CREME	Farmácia - Epidemiologia
	Piridoxina 40 mg comp	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia
	Pirimetamina 25 mg comp	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia
	Primaquina 15mg comprimido	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia
	Sulfa + Trim (400+80)mg cmp	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia
	Sulfa + Trim (800+160)mg cmp	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia
	Sulfa+Trim(200+40)mg/5ml-100 ml	SUSPENSÃO	Farmácia - Epidemiologia
	Sulfadiazina 500 mg comp	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia
	Valganciclovir 450 mg comp	COMPRIMIDO	Farmácia - Epidemiologia

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Brasil. [Constituição de 1988]. Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), organizador.
- Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2011. 13 p. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Brasília: CONASS; 2015. 133 p.

ESTRATÉGICO MUNICIPAL	• Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do Art. 198 da Constituição Federal, estabelecendo critérios mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e
ESTRATÉGICO MUNICIPAL	estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, distribuição e aplicação, nas seguintes esferas: 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.112, de 20 de setembro de 1990 e outras providências. [Internet] [acesso em 28 nov. 2019]. Disponível em: <a href="http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm">http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm</a>
ESTRATÉGICO ESTADUAL	Conselho Nacional de Saúde. Resolução 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política nacional de medicamentos. Disponível em: <a href="http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html">http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html</a>
ESTRATÉGICO FEDERAL	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.193, de 9 de dezembro de 2019. Altera a Portaria nº 3.193, de 9 de dezembro de 2019, para dispor sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (SUS). [Internet] [acesso em 11 dez. 2019]. Disponível em: <a href="http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-sus-232399751">http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-sus-232399751</a>
ESTRATÉGICO ESTADUAL	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Insumos Estratégicos. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
ESTRATÉGICO ESTADUAL	Brasil. Ministério da Saúde. Coleção - Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da atenção primária à atenção de nível superior nos serviços de saúde, Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

1988. Brasília, DF, out. 1988 Conselho

ários de Saúde (CONASS). A Gestão do

### ANEXO I – MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Item	Medicamento	Apresentação	Classe Terapêutica	Indicação
1	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100MG	COMPRIMIDO	Analgésico, Antipirético, Inibidor da agregação plaquetária	Indicado para o alívio de dores de intensidade leve a moderada, como dor de cabeça, dor de dente, dor de garganta, dor menstrual, dor muscular, dor nas articulações, dor nas costas, dor da artrite e o alívio sintomático da dor e da febre nos resfriados ou gripes.
2	ÁCIDO ASCÓRBICO 100MG/ML 5ML	INJETÁVEL	Vitaminas	Hipovitaminose C e suas manifestações; doenças hemorrágicas; estados infecciosos; distúrbios de absorção alimentar; gripes e resfriados; nas fases de crescimento e gravidez.
3	ÁCIDO FÓLICO 5MG	COMPRIMIDO	Antianêmico, Vitamina Hidrossolúvel	No tratamento das anemias provenientes do alcoolismo, doenças hepáticas, anemia hemolítica, na gestação, no uso indiscriminado de anticoncepcionais e síndrome de má absorção. Deficiência de ácido fólico pode também ocorrer em pacientes em tratamento com antimaláricos, anticonvulsivos e antineoplásicos.
4	ÁCIDO TRANEXÂMICO 250MG/5ML	INJETÁVEL	Hemostático	Controle e prevenção de hemorragias provocadas por cirurgias, traumatismos e doenças com tendência a sangramentos.
5	ADENOSINA 6MG/2ML	INJETÁVEL	Antiarrítmico	Conversão de taquicardia supraventricular paroxística, incluindo a associada à síndrome de Wolff-Parkinson-White. Teste de estresse farmacológico

6	ÁGUA DESTILADA 10ML	INJETÁVEL	Diluyente	Indicado na diluição ou dissolução de medicamentos compatíveis com a água para injeção
7	ÁGUA DESTILADA 250ML	INJETÁVEL	Diluyente	Indicado na diluição ou dissolução de medicamentos compatíveis com a água para injeção
8	ALTEPLASE 50MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	Trombolítico, rtPA recombinante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamento fibrinolítico no infarto agudo do miocárdio (IAM)</li> <li>• Tratamento trombolítico da embolia pulmonar aguda maciça com instabilidade hemodinâmica</li> <li>• Tratamento trombolítico do acidente vascular isquêmico (AVCI) agudo</li> </ul>
9	AMBROXOL CLORIDRATO 15MG/5ML 120ML	XAROPE	Mucolítico	Como terapêutica secretolítica e expectorante nas afecções broncopulmonares agudas e crônicas, associadas à secreção mucosa anormal e a transtornos do transporte mucoso.
10	AMBROXOL CLORIDRATO 30MG/5ML 120ML	XAROPE	Mucolítico	Como terapêutica secretolítica e expectorante nas afecções broncopulmonares agudas e crônicas, associadas à secreção mucosa anormal e a transtornos do transporte mucoso.
11	AMINOFILINA 240MG/10ML	INJETÁVEL	Broncodilatador (xantina)	Doenças caracterizadas por broncoespasmo, particularmente a asma brônquica ou o broncoespasmo associado com bronquite crônica e enfisema.

12	AMIODARONA 200MG	COMPRIMIDO	Antiarrítmico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distúrbios graves do ritmo cardíaco, inclusive aqueles resistentes a outras terapêuticas;</li> <li>• Taquicardia ventricular sintomática;</li> <li>• Taquicardia supraventricular sintomática;</li> <li>• Alterações do ritmo associadas à síndrome de Wolff-Parkinson-White.</li> </ul>
13	AMIODARONA 50MG/ML 3ML	INJETÁVEL	Antiarrítmico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distúrbios graves do ritmo cardíaco, inclusive aqueles resistentes a outras terapêuticas;</li> <li>• Taquicardia ventricular sintomática;</li> <li>• Taquicardia supraventricular sintomática;</li> <li>• Alterações do ritmo associadas à síndrome de Wolff-Parkinson-White.</li> </ul>
14	AMOXICILINA 500 MG	CÁPSULA	Antimicrobiano, Penicilina	Tratamento da otite média, sinusite e infecções causadas por organismos susceptíveis, envolvendo o trato respiratório superior e inferior, pele e trato urinário; profilaxia de endocardite infecciosa em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos ou odontológicos e como parte do regime de tratamento do <i>H. pylori</i> e periodontite.
15	AMOXICILINA 250MG/5ML 60ML	PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	Antimicrobiano, Penicilina	Tratamento da otite média, sinusite e infecções causadas por organismos susceptíveis, envolvendo o trato respiratório superior e inferior, pele e trato urinário; profilaxia de endocardite infecciosa em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos ou odontológicos e como parte do regime de tratamento do <i>H. pylori</i> e periodontite.

16	AMOXICILINA 250MG/5ML + CLAVULANATO 62,5MG/5ML 75ML	PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	Antimicrobiano, Penicilina, Inibidor de Beta-Lactamase	Tratamento da otite média, sinusite e infecções causadas por organismos susceptíveis, envolvendo o trato respiratório inferior, pele e estrutura da pele e do trato urinário; mesmo espectro que amoxicilina com cobertura adicional de produtores de beta-lactamase, <i>B. catarrhalis</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> , e <i>S. aureus</i> (não MRSA). A cobertura expandida desta combinação faz com que seja uma alternativa útil quando há resistência à amoxicilina e os pacientes não conseguem tolerar os tratamentos alternativos.
17	AMOXICILINA 500MG + CLAVULANATO 125MG	COMPRIMIDO	Antimicrobiano, Penicilina, Inibidor de Beta-Lactamase	Tratamento da otite média, sinusite e infecções causadas por organismos susceptíveis, envolvendo o trato respiratório inferior, pele e estrutura da pele e do trato urinário; mesmo espectro que amoxicilina com cobertura adicional de produtores de beta-lactamase, <i>B. catarrhalis</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> , e <i>S. aureus</i> (não MRSA). A cobertura expandida desta combinação faz com que seja uma alternativa útil quando há resistência à amoxicilina e os pacientes não conseguem tolerar os tratamentos alternativos.
18	AMPICILINA 1G	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	Antimicrobiano, Penicilina	Tratamento de infecções bacterianas sensíveis (não produtores de beta-lactamase) do trato urinário, respiratório, digestivo e biliar. Tratamento ou profilaxia de endocardite infecciosa; Infecções bacterianas localizadas ou sistêmicas causadas por estreptococos, pneumococos, estafilococos não produtores de penicilinase, <i>Listeria</i> , meningococos, algumas cepas de <i>H. influenzae</i> , <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , <i>E. coli</i> , <i>Enterobacter</i> e <i>Klebsiella</i> .

19	ANLÓDIPINO BESILATO 5MG	COMPRIMIDO	Bloqueador de Canal de Cálcio	Hipertensão, Isquemia miocárdica e angina.
20	ATENÓLOL 50MG	COMPRIMIDO	Beta-Bloqueador seletivo	Controle da hipertensão arterial, controle da angina pectoris, controle de arritmias cardíacas, tratamento do infarto do miocárdio e tratamento precoce e tardio após infarto do miocárdio.
21	ATRACÚRIO BESILATO 10MG/ML 2,5ML	INJETÁVEL	Bloqueador neuromuscular não despolarizante	Bloqueador neuromuscular não-despolarizante de duração intermediária utilizado durante procedimentos cirúrgicos ou em terapia intensiva para facilitar a intubação orotraqueal, promovendo relaxamento da musculatura esquelética durante cirurgia e ventilação mecânica.

22	ATROPINA SULFATO 0,25MG/ML 1ML	INJETÁVEL	Anticolinérgico, Antídoto, Antiespasmódico	Coadjuvante no tratamento de úlcera péptica, doenças do trato gastrointestinal e biliar, no tratamento de cólicas durante a menstruação, no tratamento sintomático de doenças do aparelho geniturinário, como medicação pré-anestésica para diminuir a salivagem e a secreção do trato respiratório e para bloquear o reflexo inibitório vagal no coração durante a indução da anestesia e intubação. No tratamento de arritmias ou bradicardia sinusal severa e síncope devido a hiperatividade do reflexo sino-carotídeo, no controle do bloqueio cardíaco atrioventricular decorrente de atividade vagal, como coadjuvante em radiografias gastrintestinais, no tratamento de parkinsonismo, na profilaxia e tratamento de intoxicações por inibidores de colinesterase, drogas colinérgicas e muscarínicas.
23	AZITROMICINA 200MG/5ML (600mg) 15 ml	PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	Antimicrobiano, Macrolídeo	Tratamento de infecções causadas por bactérias suscetíveis gram-positivas, gram-negativas e anaeróbicas. Tratamento de otite média aguda, devido a <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i> ou <i>S. pneumoniae</i> , faringite/amigdalite devido a <i>S. pyogenes</i> , infecções de pele e estrutura da pele, pneumonia comunitária devido a cepas sensíveis de <i>Chlamydia pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>S. pneumoniae</i> ou <i>Mycoplasma pneumoniae</i> . Doença inflamatória pélvica (DIP), doenças sexualmente transmissíveis, úlcera genital (cancróide), uretrite e cervicite por <i>Chlamydia trachomatis</i> ou <i>Neisseria gonorrhoeae</i> . Exacerbações agudas bacterianas da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) devido a <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i> ou <i>S. pneumoniae</i> e sinusite bacteriana aguda.

24	AZITROMICINA 500MG	COMPRIMIDO	Antimicrobiano, Macrolídeo	Tratamento de infecções causadas por bactérias suscetíveis gram-positivas, gram-negativas e anaeróbicas. Tratamento de otite média aguda, devido a <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i> ou <i>S. pneumoniae</i> , faringite/amigdalite devido a <i>S. pyogenes</i> , infecções de pele e estrutura da pele, pneumonia comunitária devido a cepas sensíveis de <i>Chlamydia pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>S. pneumoniae</i> ou <i>Mycoplasma pneumoniae</i> . Doença inflamatória pélvica (DIP), doenças sexualmente transmissíveis, úlcera genital (cancróide), uretrite e cervicite por <i>Chlamydia trachomatis</i> ou <i>Neisseria gonorrhoeae</i> . Exacerbações agudas bacterianas da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) devido a <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i> ou <i>S. pneumoniae</i> e sinusite bacteriana aguda.

25	BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000UI	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	Antimicrobiano, Penicilina	Tratamento de infecções causadas por bactérias suscetíveis gram-positivas, gram-negativas, como <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , e anaeróbicas e espiroquetas. Tratamento de infecções estreptocócicas, leves e moderadas do trato respiratório superior e da pele. Infecções venéreas; sífilis, boubá, bejel (sífilis endêmica) e pinta. Profilaxia da glomerulonefrite aguda e doença reumática. Profilaxia de recorrências da febre reumática e/ou coreia.
26	BENZILPENICILINA G POTÁSSICA 5.000.000UI	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	Antimicrobiano, Penicilina	Tratamento de infecções (estreptocócicas grupo A sem bacteremia, infecções trato respiratório superior e da pele, sífilis) causadas por organismos suscetíveis, ativa contra alguns organismos gram-positivos, em geral, não <i>Staphylococcus aureus</i> , alguns organismos gram-negativos, tais como <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , e alguns anaeróbios e espiroquetas. Profilaxia de glomerulonefrite aguda e doença reumática.
27	BICARBONATO DE SODIO 8,4% 250ML	INJETÁVEL	Agente Alcalinizante, Repositor Eletrolítico Parenteral	Correção da acidose metabólica, alcalinização da urina, parada cardíaca e tratamento da hipercalemia.
28	BROMOPRIDA 4MG/ML 20ML GOTAS	SOLUÇÃO ORAL	Antiemético, Pró- cinético	Distúrbios da motilidade gastrointestinal, refluxo gastroesofágico, náuseas e vômitos de origem central e periférica (cirurgias, metabólicas, infecciosas e problemas secundários ao uso de medicamentos) e preparação para procedimentos radiológicos do trato gastrointestinal.

29	BROMOPRIDA 5MG/ML 2ML	INJETÁVEL	Antiemético, Pró-cinético	Distúrbios da motilidade gastrointestinal, refluxo gastroesofágico, náuseas e vômitos de origem central e periférica (cirurgias, metabólicas, infecciosas e problemas secundários ao uso de medicamentos) e preparação para procedimentos radiológicos do trato gastrointestinal
30	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 4MG/ML + DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML 5ML	INJETÁVEL	Antiespasmódico, Analgésico	Em estados espásticos-dolorosos e cólicas do trato gastrointestinal, das vias biliares e urinárias, e do aparelho genital feminino; dismenorrea.
31	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 20MG/ML 1ML	INJETÁVEL	Antiespasmódico, Anticolinérgico	Espasmos agudos dos tratos gastrointestinal, geniturinário e vias biliares, assim como cólicas biliar e renal. Como medida auxiliar na prevenção de espasmos em procedimentos diagnósticos, tais como endoscopia gastrointestinal e radiologia
32	CAPTOPRIL 25MG	COMPRIMIDO	Inibidor da ECA	Tratamento da hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva, infarto do miocárdio e nefropatia diabética
33	CARBAMAZEPINA 200MG (LISTA C1)	COMPRIMIDO	Anticonvulsivante	Epilepsia, distúrbio afetivo bipolar, abstinência alcoólica, neuralgia idiopática do trigêmeo, neuralgia glossofaríngea idiopática, neuropatia diabética dolorosa, diabetes insipidus central, poliúria e polidipsia.
34	CARVÃO VEGETAL ATIVADO 25G	PÓ	Adsorvente intestinal	Tratamento de emergência nos casos de envenenamento por uma ampla variedade de plantas, venenos inorgânicos e fármacos como salicilatos, paracetamol, teofilina, barbitúricos e antidepressivos tricíclicos.

35	CARVEDILOL 12,5MG	COMPRIMIDO	Agente Alfa e Beta Bloqueador	Tratamento da hipertensão, angina do peito e insuficiência cardíaca congestiva.
36	CARVEDILOL 3,125MG	COMPRIMIDO	Agente Alfa e Beta Bloqueador	Tratamento da hipertensão, angina do peito e insuficiência cardíaca congestiva.
37	CEFALEXINA 250MG/5ML 60ML	PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	Antimicrobiano, Cefalosporina primeira geração	Tratamento de infecções bacterianas suscetíveis, incluindo infecções do trato respiratório, otite média, infecções da pele e da estrutura da pele, infecções ósseas, infecções do trato geniturinário, incluindo prostatite aguda, terapia alternativa para a profilaxia endocardite infecciosa aguda.
38	CEFALEXINA 500MG	COMPRIMIDO	Antimicrobiano, Cefalosporina primeira geração	Tratamento de infecções bacterianas suscetíveis, incluindo infecções do trato respiratório, otite média, infecções da pele e da estrutura da pele, infecções ósseas, infecções do trato geniturinário, incluindo prostatite aguda, terapia alternativa para a profilaxia endocardite infecciosa aguda.
39	CEFEPIMA 1G	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	Antimicrobiano, Cefalosporina quarta geração	Tratamento de infecção do trato urinário, complicada e não complicada, incluindo pielonefrite causada por <i>Escherichia coli</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , ou <i>Proteus mirabilis</i> ; Monoterapia para neutropenia febril, infecção da pele e estruturas da pele, não complicada causada por <i>Streptococcus pyogenes</i> ou <i>Staphylococcus</i> sensível à metilicina, pneumonia moderada a severa causada por <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , ou espécies de <i>Enterobacter</i> ; infecções intra-abdominais complicadas

				(em combinação com metronidazol) causadas por <i>E. coli</i> , <i>P. aeruginosa</i> , <i>K. pneumoniae</i> , espécies de <i>Enterobacter</i> , ou <i>Bacteroides fragilis</i> contra <i>Staphylococcus</i> sensível à metilina, <i>Enterobacter sp</i> , e muitos bacilos gram-negativos.
40	CEFTRIAXONA 1G IV	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	Antimicrobiano, Cefalosporina terceira geração	Tratamento de infecções do trato respiratório, otite média aguda bacteriana, infecções da pele e da estrutura da pele, infecções ósseas e articulares, infecções do trato urinárias e intra-abdominais, doença inflamatória pélvica (DIP), gonorreia descomplicada, septicemia, meningite e em profilaxia cirúrgica.
41	CETOPROFENO 100MG IV	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	Anti-inflamatório não esteroide, Antirreumático	Tratamento de inflamações e dores decorrentes de processos reumáticos, traumatismos e de dores em geral.
42	CILOSTAZOL 50MG	COMPRIMIDO	Inibidor da agregação plaquetária, Vasodilatador	Tratamento de doença vascular periférica, para redução do sintoma da claudicação intermitente e na prevenção da recorrência de acidente vascular cerebral (AVC).

43	CIPROFLOXACINO 200MG/100ML	INJETÁVEL	Antimicrobiano, Quinolona	Tratamento de infecções causadas por bactérias suscetíveis: infecções do trato urinário, prostatite, infecções do trato respiratório inferior, sinusite aguda, otite média, infecções de pele e estruturas da pele, ossos e articulações, infecções intra-abdominais descomplicadas, febre tifoide por <i>Salmonella typhi</i> , pneumonia nosocomial, terapia empírica para pacientes com neutropenia febril.
44	CIPROFLOXACINO 500MG	COMPRIMIDO	Antimicrobiano, Quinolona	Tratamento de infecções causadas por bactérias suscetíveis: infecções do trato urinário, prostatite, infecções do trato respiratório inferior, sinusite aguda, otite média, infecções de pele e estruturas da pele, ossos e articulações, infecções intra-abdominais descomplicadas, febre tifoide por <i>Salmonella typhi</i> , pneumonia nosocomial, terapia empírica para pacientes com neutropenia febril.
45	CLARITROMICINA 500MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	Antimicrobiano, Macrolídeo	Tratamento de infecções de vias respiratórias superiores e inferiores, otite média aguda e infecções de pele e tecidos moles por cepas sensíveis de <i>S. aureus</i> , <i>S. pyogenes</i> , <i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i> ; profilaxia e tratamento de infecções causadas por <i>Mycobacterium avium complex</i> (MAC), <i>Mycobacterium intracellulare</i> , <i>Mycobacterium chelonae</i> , <i>Mycobacterium fortuitum</i> ou <i>Mycobacterium kansasii</i> ; tratamento da infecção pelo <i>Helicobacter pylori</i> ; profilaxia de endocardite infecciosa para procedimentos odontológicos em pacientes alérgicos à penicilina.

46	CLINDAMICINA FOSFATO 150MG/ML 4ML	INJETÁVEL	Antimicrobiano, Lincosamida	Tratamento de infecções de vias respiratórias superiores e inferiores, infecções de pele e tecidos moles, infecções dentárias, infecções de pelve e trato genital feminino, infecções ósseas e articulares. Tratamento de infecções bacterianas anaeróbicas susceptíveis, e por cepas bacterianas aeróbicas Gram-positivas como <i>Streptococcus</i> , <i>Pneumococcus</i> e <i>Staphylococcus</i> .
47	CLOPIDOGREL 75MG	COMPRIMIDO	Antiagregante Plaquetário	Redução dos eventos aterotrombóticos (IAM, AVC e morte vascular) em pacientes que apresentaram IAM ou AVC recente ou doença arterial periférica estabelecida.
48	CLORANFENICOL 1G	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	Antimicrobiano	Tratamento de infecções graves, incluindo gram-positivos e gram-negativos, causadas por organismos resistentes a outros antibióticos menos tóxicos, ou quando a sua penetrabilidade ao local da infecção é clinicamente superior à de outros antibióticos para os quais o organismo é sensível, útil nas infecções causadas por <i>Bacteroides</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>Neisseria meningitidis</i> , <i>Salmonella</i> e <i>Rickettsia</i> ; ativo contra muitos enterococos resistentes à vancomicina.
49	CLORETO DE POTÁSSIO 10% 10ML	INJETÁVEL	Eletrólito	Tratamento e prevenção da hipocalcemia

50	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 100ML	INJETÁVEL	Repositor e solução hidroeletrolítica, Solução para infusão parenteral, Diluente	Indicada para o restabelecimento de fluido e eletrólitos, como repositora de água e eletrólitos em caso de alcalose metabólica de grau moderado, em carência de sódio e como diluente para medicamentos.
51	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 10ML	INJETÁVEL	Repositor e solução hidroeletrolítica, Solução para infusão parenteral, Diluente	Indicada para o restabelecimento de fluido e eletrólitos, como repositora de água e eletrólitos em caso de alcalose metabólica de grau moderado, em carência de sódio e como diluente para medicamentos.
52	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 250ML	INJETÁVEL	Repositor e solução hidroeletrolítica, Solução para infusão parenteral, Diluente	Indicada para o restabelecimento de fluido e eletrólitos, como repositora de água e eletrólitos em caso de alcalose metabólica de grau moderado, em carência de sódio e como diluente para medicamentos.
53	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500ML	INJETÁVEL	Repositor e solução hidroeletrolítica, Solução para infusão parenteral, Diluente	Indicada para o restabelecimento de fluido e eletrólitos, como repositora de água e eletrólitos em caso de alcalose metabólica de grau moderado, em carência de sódio e como diluente para medicamentos.
54	CLORETO DE SÓDIO 20% 10ML	INJETÁVEL	Eletrólito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiponatremia grave</li> <li>• Hipocloremia grave</li> </ul>

55	CLORPROMAZINA 5MG/ML 5ML (LISTA C1)	INJETÁVEL	Neuroléptico	Quadros psiquiátricos, psicoses, ansiedade e agitação, soluços incoercíveis, náuseas e vômitos, neurotoxicoses infantis, adjuvante no tratamento do tétano, pré-anestésico, analgesia obstétrica e eclampsia.
56	CLORPROMAZINA 100MG (LISTA C1)	COMPRIMIDO	Neuroléptico	Quadros psiquiátricos, psicoses, ansiedade e agitação, soluços incoercíveis, náuseas e vômitos, neurotoxicoses infantis, adjuvante no tratamento do tétano, pré-anestésico, analgesia obstétrica e eclampsia.
57	COLAGENASE 0,6UI/G 30G	POMADA	Desbridante tópico	Limpeza enzimática de lesões, independentemente de sua origem e localização.
58	COMPLEXO B 2ML	INJETÁVEL	Vitaminas	Indicado como suplementação em casos de deficiência e/ou ingestão insuficiente de vitaminas do complexo B (B <sub>1</sub> , B <sub>2</sub> , B <sub>3</sub> , B <sub>5</sub> e B <sub>6</sub> ).
59	DESLANOSÍDEO 0,2MG/ML 2ML	INJETÁVEL	Glicosídeo Cardíaco	Insuficiência cardíaca congestiva aguda e crônica de todos os tipos, qualquer que seja sua fase, especialmente as associadas com fibrilação ou <i>flutter</i> supraventricular e aumento da frequência cardíaca; taquicardia paroxística supraventricular.

60	DEXAMETASONA 1MG/G 10G	CREME	Anti-inflamatório Hormonal, Corticoide	Tratamento de muitas formas de dermatoses. Prurido anogenital inespecífico, dermatoses alérgicas tais como as dermatites de contato, dermatite atópica (eczema alérgico), líquen simples crônico, pruridos com liquenificações, dermatite eczematóide, dermatite devido a ingestão de alimentos, dermatite seborreica infantil e dermatite actínica, tratamento sintomático da dermatite seborreica, miliária, impetigo, queimadura devido aos raios solares, picadas de insetos e otite externa (não havendo perfuração da membrana do tímpano)
61	DEXAMETASONA 1MG/ML	ELIXIR	Anti-inflamatório Hormonal, Corticoide, Antiemético	Condições nas quais os efeitos antiinflamatórios e imunossuppressores dos corticoides são desejados, especialmente para tratamento intensivo durante períodos mais curtos, como alergopatias, distúrbios reumáticos, dermatopatias, oftalmopatias, endocrinopatias, pneumopatias, hemopatias, doenças neoplásicas, estados edematosos, edema cerebral, doenças gastrintestinais, insuficiência adrenocortical, choque, doença do colágeno, síndrome de sofrimento respiratório neonatal.
62	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML	INJETÁVEL	Anti-inflamatório Hormonal, Corticoide, Antiemético	Condições nas quais os efeitos antiinflamatórios e imunossuppressores dos corticoides são desejados, especialmente para tratamento intensivo durante períodos mais curtos, como alergopatias, distúrbios reumáticos, dermatopatias, oftalmopatias, endocrinopatias, pneumopatias, hemopatias, doenças neoplásicas, estados edematosos, edema cerebral, doenças gastrintestinais, insuficiência adrenocortical, choque, doença do colágeno, síndrome de sofrimento respiratório neonatal.

63	DEXCLORFENIRAMINA MALEATO 2MG/5ML 100ML	SOLUÇÃO ORAL	Anti-Histamínico	Rinite alérgica perene e sazonal e outros sintomas alérgicos incluindo urticária.
64	DIAZEPAM 5MG (LISTA B1)	COMPRIMIDO	Ansiolítico, Benzodiazepínico	Ansiedade, estados convulsivos, sedação antes de procedimentos ou intervenções e espasmos musculares.
65	DIAZEPAM 5MG/ML 2ML (LISTA B1)	INJETÁVEL	Ansiolítico, Benzodiazepínico	Ansiedade, estados convulsivos, sedação antes de procedimentos ou intervenções e espasmos musculares.
66	DICLOFENACO POTÁSSICO 50MG	COMPRIMIDO	Anti-inflamatório não esteroidal	Controle de sintomas a curto prazo de artrite juvenil crônica, estados dolorosos inflamatórios, dor e inflamação no pós-operatório. Infecções do ouvido, nariz e garganta.
67	DICLOFENACO SÓDICO 25MG/ML 3ML	INJETÁVEL	Anti-inflamatório não esteroidal	Tratamento de formas degenerativas e inflamatórias de reumatismo, síndromes dolorosas da coluna vertebral, reumatismo não-articular, crises agudas de gota, inflamações pós-traumáticas e pós-operatórias dolorosas e edema. Condições inflamatórias e/ou dolorosas em ginecologia. Como auxiliar no tratamento de processos infecciosos acompanhados de dor e inflamação de ouvido, nariz ou garganta.

68	DIGOXINA 0,25MG	COMPRIMIDO	Glicosídeo Cardiotônico, Antiarrítmico	Insuficiência cardíaca congestiva e arritmias supraventriculares.
69	DIMETICONA 75MG/ML 10ML GOTAS	EMULSÃO	Antiflatulento, Antifisético	Alívio dos sintomas no caso de excesso de gases no aparelho gastrointestinal constituindo incômodo, motivo de dores ou cólicas intestinais, tais como: Meteorismo, eructação, borboríngos, aerofagia pós cirúrgica, estufamento e flatulência. Preparação do paciente a ser submetido à endoscopia digestiva e/ ou colonoscopia.
70	DIPIRONA SÓDICA 500MG	COMPRIMIDO	Analgésico	Manifestações dolorosas e febre.
71	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML 10ML GOTAS	SOLUÇÃO ORAL	Analgésico	Manifestações dolorosas e febre.
72	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2ML	INJETÁVEL	Analgésico	Manifestações dolorosas e febre.
73	DOBUTAMINA 250MG/20ML	INJETÁVEL	Agonista Adrenérgico beta-1, Inotrópico	Suporte inotrópico para o tratamento de pacientes com estados de hipoperfusão ou suporte inotrópico nos quais a pressão de enchimento ventricular anormalmente aumentada pode levar a um risco de congestão pulmonar e edema; Usado para aumentar a contratilidade cardíaca no tratamento de insuficiência cardíaca aguda, na descompensação cardíaca ou na contratilidade deprimida.

74	DOPAMINA 5MG/ML 10ML	INJETÁVEL	Agonista Adrenérgico	Suporte hemodinâmico, associado ao tratamento do choque.
75	ENALAPRIL 10MG	COMPRIMIDO	Inibidor de ECA	Tratamento da hipertensão, tratamento da hipertensão renovascular, todos os graus de insuficiência cardíaca e prevenção de eventos coronarianos isquêmicos.
76	EPINEFRINA 1MG/ML 1ML	INJETÁVEL	Agonista Adrenérgico	Suporte hemodinâmico em situações de parada cardiorespiratória ou estados de choque, reação de hipersensibilidade, crise asmática grave e pouco responsiva às medidas terapêuticas habituais, controle de pequenas hemorragias cutâneas, indução e manutenção da midríase durante cirurgia intraocular.
77	ESPIRONOLACTONA 25MG	COMPRIMIDO	Diurético Pougador de Potássio	Tratamento da hipertensão essencial e distúrbios edematosos, tais como: Edema e ascite da insuficiência cardíaca congestiva, cirrose hepática e síndrome nefrótica; edema idiopático; como terapia auxiliar na hipertensão maligna; na hipotassemia quando outras medidas forem consideradas impróprias ou inadequadas; profilaxia da hipotassemia e hipomagnesemia em pacientes tomando diuréticos, ou quando outras medidas forem inadequadas ou impróprias; diagnóstico e tratamento do hiperaldosteronismo primário e tratamento pré-operatório de pacientes com hiperaldosteronismo primário.
78	FENITOINA 100MG (LISTA C1)	COMPRIMIDO	Anticonvulsivante	Crises convulsivas generalizadas e todas as formas de crises parciais
79	FENITOINA 50MG/ML 5ML (LISTA C1)	INJETÁVEL	Anticonvulsivante	Crises convulsivas generalizadas e todas as formas de crises parciais

80	FENOBARBITAL 100MG/ML 2ML (LISTA B1 ADENDO)	INJETÁVEL	Anticonvulsivante	Crises convulsivas, estado epilético, pré-anestésico e sedação.
81	FENOBARBITAL 100MG (LISTA B1 ADENDO)	COMPRIMIDO	Anticonvulsivante	Crises convulsivas, estado epilético, pré-anestésico e sedação.
82	FENTANILA 0,05MG/ML 10ML (LISTA A1)	INJETÁVEL	Analgésico Opioide	Analgesia de curta duração durante o período anestésico (pré-medicação, indução e manutenção) ou no período pós-operatório imediato; como componente analgésico da anestesia geral e suplemento da anestesia regional; para administração conjunta com neuroléptico na prémedicação, na indução e como manutenção em anestesia geral e regional; agente anestésico único com oxigênio em determinados pacientes de alto risco e para administração espinal no controle da dor pós-operatória.
83	FENTANILA 0,05MG/ML 2ML (LISTA A1)	INJETÁVEL	Analgésico Opioide	Analgesia de curta duração durante o período anestésico (pré-medicação, indução e manutenção) ou no período pós-operatório imediato; como componente analgésico da anestesia geral e suplemento da anestesia regional; para administração conjunta com neuroléptico na prémedicação, na indução e como manutenção em anestesia geral e regional; agente anestésico único com oxigênio em determinados pacientes de alto risco e para administração espinal no controle da dor pós-operatória.
84	FLUCONAZOL 150MG	COMPRIMIDO	Antifúngico, Azóis	Candidíase vaginal aguda e recorrente, dermatomicoses e infecções por Candida.

85	FLUCONAZOL 200MG/100ML	INJETÁVEL	Antifúngico, Azóis	Criptococose, ca preve
86	FLUMAZENIL 0,1MG/ML 5ML (LISTA C1)	INJETÁVEL	Antídoto	Indicado na benzodiazepínic superd
87	FUROSEMIDA 10MG/ML 2 ML	INJETÁVEL	Diurético de Alça	Tratamento de edema devido a renais (síndrome insuficiência ca pulmonar; elimi (após restaura edemas cere hipertensiva hipertensiva
88	FUROSEMIDA 40MG	COMPRIMIDO	Diurético de Alça	Tratamento de edema devido a renais (síndrome insuficiência ca pulmonar; elimi (após restaura edemas cere hipertensiva hipertensiva

<p>ndidíase sistêmica, candidíase de mucosa, não de co-infecções fúngicas.</p>	<p>89</p>	<p>GENTAMICINA 40MG/ML 2ML</p>	<p>INJETÁVEL</p>	<p>Antimicrobiano, Aminoglicosídeo</p>	<p>O tratamento normal incluindo <i>Ps</i> positivo <i>Staph</i> ossos, pele e tecido do trato urin</p>
<p>a reversão dos efeitos sedativos dos usados em anestesia; tratamento da dosagem dos benzodiazepínicos.</p>		<p>GLIBENCLAMIDA 5MG</p>	<p>COMPRIMIDO</p>	<p>Hipoglicemiante</p>	<p>Tratamento</p>
<p>e hipertensão arterial leve a moderada; distúrbios cardíacos, hepáticos (ascite) e nefrótica); edema devido a queimaduras; cardíaca aguda, especialmente no edema nação urinária reduzida devido à gestose ação do volume de líquidos ao normal); brais como medida de suporte; crises</p>	<p>90</p>	<p>GLICERINA 12% 500ML (GLISTER)</p>	<p>SOLUÇÃO RETAL</p>	<p>Laxante</p>	<p>Indi</p>
<p>as (em adição a outras medidas anti-venenamentos.</p>	<p>92</p>	<p>GLICOSE 25% 10ML</p>	<p>INJETÁVEL</p>	<p>Carboidrato</p>	<p>Tratamento de (em associa</p>
<p>e hipertensão arterial leve a moderada; distúrbios cardíacos, hepáticos (ascite) e nefrótica); edema devido a queimaduras; cardíaca aguda, especialmente no edema nação urinária reduzida devido à gestose ação do volume de líquidos ao normal); brais como medida de suporte; crises</p>	<p>93</p>	<p>GLICOSE 5% 500ML</p>	<p>INJETÁVEL</p>	<p>Solução para infusão parenteral</p>	<p>Indicada diurese osmótica por determinadas reposição de ca para dilu</p>
<p>as (em adição a outras medidas anti-venenamentos.</p>	<p>94</p>	<p>GLICOSE 5% 250ML</p>	<p>INJETÁVEL</p>	<p>Solução para infusão parenteral</p>	<p>Indicada diurese osmótica por determinadas reposição de ca para dilu</p>

95	GLICOSE 50% 10ML	INJETÁVEL	Carboidrato	Tratamento de hipoglicemia, tratamento de hipercalemia (em associação com insulina), suporte calórico.
96	GLUCONATO DE CALCIO 10% 10ML	INJETÁVEL	Eletrólito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipocalcemia (menos de 7.5mg/dL ou menos de 3mg/dL iônico)</li> <li>• Parada cardíaca</li> <li>• Hipermagnesemia grave (maior que 10mEq/L)</li> <li>• Hipercalemia grave (maior que 5,5mEq/L)</li> <li>• Intoxicação a beta- bloqueadores refratária a glucagon e vasopressores</li> <li>• Intoxicação a bloqueadores de canais de cálcio</li> </ul>
97	HALOPERIDOL 5MG (LISTA C1)	COMPRIMIDO	Neuroléptico	Manutenção da esquizofrenia, distúrbios graves do comportamento, psicoses infantis, Síndrome de Gilles de laTourette, náuseas e vômitos incoercíveis de várias origens (unlabeled), sedação de emergência em pacientes com agitação grave ou delírios (unlabeled), psicoses não esquizofrênicas (unlabeled), delírios em pacientes internados nas unidades de terapia intensiva (unlabeled).
98	HALOPERIDOL 5MG/ML 1ML (LISTA C1)	INJETÁVEL	Neuroléptico	Manutenção da esquizofrenia, distúrbios graves do comportamento, psicoses infantis, Síndrome de Gilles de laTourette, náuseas e vômitos incoercíveis de várias origens (unlabeled), sedação de emergência em pacientes com agitação grave ou delírios (unlabeled), psicoses não esquizofrênicas (unlabeled), delírios em pacientes internados nas unidades de terapia intensiva (unlabeled).

99	HALOPERIDOL DECANOATO 50MG/ML 1ML (LISTA C1)	INJETÁVEL	Neuroléptico	Tratamento de manutenção de pacientes psicóticos crônicos estabilizados. Deve ser usado apenas em adultos e foi formulado para fornecer terapia por um mês na maioria dos pacientes após uma única injeção por via intramuscular profunda na região glútea. Uma vez que a administração de volumes maiores que 3 mL é desconfortável para o paciente, tais volumes de injeção não são recomendados.
100	HEPARINA SÓDICA 5.000UI/0,25ML (SUBCUTÂNEA)	INJETÁVEL	Anticoagulante	Tratamento e profilaxia das afecções tromboembólicas de qualquer etiologia e localização, bem como após um tratamento trombolítico, com estreptoquinase, por exemplo, na coagulação intravascular disseminada, no infarto do miocárdio, na inibição da coagulação ao utilizar a circulação extracorpórea ou a hemodiálise.
101	HEPARINA SÓDICA 5.000UI/ML 5ML	INJETÁVEL	Anticoagulante	Tratamento e profilaxia das afecções tromboembólicas de qualquer etiologia e localização, bem como após um tratamento trombolítico, com estreptoquinase, por exemplo, na coagulação intravascular disseminada, no infarto do miocárdio, na inibição da coagulação ao utilizar a circulação extracorpórea ou a hemodiálise.
102	HIDRALAZINA 25MG	COMPRIMIDO	Anti-hipertensivo, Vasodilatador Periférico	Tratamento de hipertensão e insuficiência cardíaca congestiva crônica.

103	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG	COMPRIMIDO	Diurético Tiazídico	Tratamento da hipertensão arterial, tratamento de edemas associados com insuficiência cardíaca congestiva, cirrose hepática e com a terapia por corticóides ou estrógenos. Também é eficaz no edema relacionado a várias formas de disfunção renal, como síndrome nefrótica, glomerulonefrite aguda e insuficiência renal crônica.
104	HIDROCORTISONA 100MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	Anti-inflamatório Hormonal, Corticoide	Anti-inflamatório esteroidal e imunossupressor em distúrbios endócrinos, distúrbios reumáticos, doenças do colágeno, doenças dermatológicas, estados alérgicos, doenças oftálmicas, doenças gastrintestinais, doenças respiratórias, distúrbios hematológicos, doenças neoplásicas, estados edematosos, emergências médicas e insuficiência adrenocortical.
105	HIDROCORTISONA 500MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	Anti-inflamatório Hormonal, Corticoide	Anti-inflamatório esteroidal e imunossupressor em distúrbios endócrinos, distúrbios reumáticos, doenças do colágeno, doenças dermatológicas, estados alérgicos, doenças oftálmicas, doenças gastrintestinais, doenças respiratórias, distúrbios hematológicos, doenças neoplásicas, estados edematosos, emergências médicas e insuficiência adrenocortical.
106	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 60MG/ML 240ML	SUSPENSÃO ORAL	Antiácido	Tratamento da hiperfosfatemia e hiperacidez gástrica, coadjuvante no tratamento de úlceras gástricas e duodenais e esofagite de refluxo.
107	HIDROXIETILAMIDO 60MG/ML (6%) 500ML	INJETÁVEL	Expansor Plasmático	Tratamento e profilaxia de hipovolemia e choque.

108	IBUPROFENO 300MG	COMPRIMIDO	Analgésico, Antipirético, Anti-inflamatório não esteroidal	Inflamações agudas e crônicas, febre e dor associadas a gripes e resfriados, dor de garganta, dor de cabeça, dor de dente, dor nas costas, cólicas menstruais, dores musculares e outras.
109	INSULINA HUMANA NPH 100UI/ML 10ML	INJETÁVEL	Hipoglicemiante	Tratamento de diabetes mellitus.
110	INSULINA HUMANA REGULAR 100UI/ML 10ML	INJETÁVEL	Hipoglicemiante	Tratamento de diabetes tipo I e diabetes tipo II não responsivo ao tratamento com dieta e/ou hipoglicemiantes orais para melhor controle glicêmico; adjunto de nutrição parenteral; cetoacidose diabética; hipercalcemia.
111	IPRATRÓPIO BROMETO 0,25MG/ML 20ML GOTAS	SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO	Broncodilatador	No tratamento de manutenção do broncoespasmo associado à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), incluindo bronquite crônica, enfisema e asma.
112	ISOSSORBIDA DINITRATO 10MG	COMPRIMIDO	Nitrato, Vasodilatador	Na profilaxia da dor isquêmica cardíaca associada à insuficiência coronariana. Pode reduzir a frequência, duração e intensidade das crises de angina. Na insuficiência cardíaca congestiva aguda e crônica.
113	ISOSSORBIDA DINITRATO 5MG SUBLINGUAL	COMPRIMIDO	Nitrato, Vasodilatador	Prevenção e tratamento de angina pectoris e insuficiência cardíaca congestiva.
114	ISOSSORBIDA MONONITRATO 20MG	COMPRIMIDO	Nitrato, Vasodilatador	Tratamento de insuficiência coronária; terapia de ataque e manutenção na insuficiência cardíaca aguda ou crônica; durante crises de angina ou em situações que possam desencadeá-las; prevenção e tratamento de angina de esforço, repouso e angina pós-infarto.

115	IVERMECTINA 6MG	COMPRIMIDO	Antiparasitário	Tratamento de parasitoses causadas por Strongyloides stercoralis, Onchocerca volvulus, Wuchereria bancroft (Filariose), Ascaris lumbricoides, ácaro Sarcoptes scabiei (Escabiose), Pediculus humanus capitis (Pediculose).
116	LACTULOSE 667MG/ML 120ML	XAROPE	Laxante	Indicado para o tratamento sintomático da constipação intestinal, e na prevenção e tratamento de encefalopatia hepática, tanto no pré-coma quanto no coma hepático
117	LEVOFLOXACINO 500MG/100ML	INJETÁVEL	Antimicrobiano, Quinolona	Tratamento de infecções do trato respiratório superior e inferior, infecções da pele e tecido subcutâneo, infecções do trato urinário, osteomielite.
118	LIDOCAÍNA CLORIDRATO 2% (20MG/ML) SEM VASOCONSTRITOR 20ML	INJETÁVEL	Anestésico Local	Produção de anestesia local ou regional por técnicas de infiltração como a injeção percutânea; por anestesia regional intravenosa; por técnicas de bloqueio de nervo periférico como o plexo braquial e intercostal; e por técnicas neurais centrais, como os bloqueios peridural lombar e caudal.
119	LIDOCAÍNA CLORIDRATO 2% (20MG/ML) SEM VASOCONSTRITOR 1,8ML CARPULE	INJETÁVEL	Anestésico Local	Anestesia local em odontologia e pequenas cirurgias.
120	LIDOCAÍNA CLORIDRATO 30MG/ML + NOREPINEFRINA 0,04MG/ML 1,8ML CARPULE	INJETÁVEL	Anestésico Local	Anestesia local em odontologia e pequenas cirurgias.

121	LIDOCAÍNA CLORIDRATO 2% (20MG/G) 30G	GELÉIA	Anestésico Local Tópico	Anestésico no cateterismo, dilatação, cistoscopia e manipulações endouretrais. Tratamento local paliativo com cistites agudas dolorosas.
122	LORATADINA 5MG/5ML 100ML	XAROPE	Anti-Histamínico	Alívio dos sintomas associados à rinite alérgica, tais como coriza, espirros, prurido nasal, ardor e prurido ocular; alívio dos sinais e sintomas de urticária e outras afecções dermatológicas alérgicas.
123	LOSARTANA POTASSICA 50MG	COMPRIMIDO	Antagonista de Receptor de Angiotensina II	Tratamento da hipertensão e insuficiência cardíaca.
124	MANITOL 20% 250ML	INJETÁVEL	Diurético osmótico, Laxante Osmótico	Promoção da diurese, na prevenção da falência renal aguda durante cirurgias cardiovasculares e/ou após trauma; redução da pressão intracraniana e tratamento do edema cerebral; redução da pressão intraocular elevada quando esta não pode ser reduzida por outros meios; ataque de glaucoma; promoção da eliminação urinária de substâncias tóxicas; edema cerebral de origem cardíaca e renal; irrigante geniturinário na ressecção transuretral da próstata; preparo para colonoscopia.
125	MEPIVACAÍNA 20MG/ML + EPINEFRINA 0,01MG/ML 1,8ML CARPULE	INJETÁVEL	Anestésico Local	Anestesia local em odontologia e pequenas cirurgias.
126	METFORMINA CLORIDRATO 850MG	COMPRIMIDO	Hipoglicemiante	Tratamento de <i>diabetes mellitus</i> tipo 1, <i>diabetes mellitus</i> tipo 2 e síndrome dos ovários policísticos (Síndrome de Stein-Leventhal).

127	METILDOPA 250MG	COMPRIMIDO	Anti-hipertensivo, Agente Antiadrenérgico de Ação Central	Tratamento da hipertensão suave, moderada ou grave.
128	METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 4MG/ML 10ML GOTAS	SOLUÇÃO ORAL	Antiemético, Procinético	Distúrbios da motilidade gastrointestinal e náuseas e vômitos de origem central e periférica (cirurgias, doenças metabólicas e infecciosas, secundárias a medicamentos) e preparação para procedimentos radiológicos do trato gastrointestinal.
129	METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 5MG/ML 2ML	INJETÁVEL	Antiemético, Procinético	Distúrbios da motilidade gastrointestinal e náuseas e vômitos de origem central e periférica (cirurgias, doenças metabólicas e infecciosas, secundárias a medicamentos) e preparação para procedimentos radiológicos do trato gastrointestinal.
130	METRONIDAZOL 250MG	COMPRIMIDO	Antimicrobiano, Antiparasitário	Profilaxia e tratamento das infecções causadas por bactérias anaeróbicas.
131	METRONIDAZOL 500MG/100ML	INJETÁVEL	Antimicrobiano, Antiparasitário	Profilaxia e tratamento das infecções causadas por bactérias anaeróbicas.
132	MIDAZOLAM 5MG/ML 10ML (LISTA B1)	INJETÁVEL	Hipnótico, Sedativo	Indução do sono de ação curta para sedação consciente antes de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos com ou sem anestesia local, pré-medicação antes da indução anestésica, indução anestésica como componente sedativo em combinação com anestesia em adultos, sedações em Unidade de Terapia Intensiva.

133	MIDAZOLAM 5MG/ML 3ML (LISTA B1)	INJETÁVEL	Hipnótico, Sedativo	Indução do sono de ação curta para sedação consciente antes de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos com ou sem anestesia local, pré-medicação antes da indução anestésica, indução anestésica como componente sedativo em combinação com anestesia em adultos, sedações em Unidade de Terapia Intensiva.
134	MORFINA 10MG/ML 1ML (LISTA A1)	INJETÁVEL	Analgésico Opioide	Alívio de dor aguda que não responde a outros analgésicos, suplementação da anestesia regional ou local.
135	NALOXONA 0,4MG/ML 1ML (LISTA C1)	INJETÁVEL	Antídoto Antagonista opioide	Reversão completa ou parcial da depressão causada por opioides, inclusive depressão respiratória, induzida por ingestão de narcóticos opioides naturais ou sintéticos, como propoxifeno, metadona e certos analgésicos agonistas-antagonistas como nalbufina, pentazocina, butorfanol e ciclazocina; Diagnóstico de superdosagem aguda suspeita ou conhecida por opioides.
136	NEOMICINA SULFATO 5MG/G + BACITRACINA ZÍNCICA 250UI/G	POMADA	Antimicrobiano tópico	<b>Adultos</b> Tratamento de infecções bacterianas da pele e mucosas. Profilaxia de infecções cutâneo-mucosas decorrentes de ferimentos cortantes (inclusive cirúrgicos), abrasões, queimaduras pouco extensas, dentre outros. <b>Pediatria</b> Produto contraindicado para uso por bebês prematuros, recém-nascidos e lactantes.
137	NIFEDIPINO 10MG RETARD	COMPRIMIDO	Bloqueador de Canal de Cálcio	Tratamento de angina estável e hipertensão.

138	NIFEDIPINO 20MG RETARD	COMPRIMIDO	Bloqueador de Canal de Cálcio	Tratamento de angina estável e hipertensão.
139	NIMODIPINO 30MG	COMPRIMIDO	Bloqueador de Canal de Cálcio	Tratamento de alterações da função cerebral em idosos com sintomas pronunciados, como perda da memória, alterações do comportamento e da concentração e oscilações de humor, profilaxia tratamento das deficiências neurológicas isquêmicas causadas por vasoespasm cerebral subsequente à hemorragia subaracnóidea (HSAa) e hemorragia subaracnoidea de origem traumática.
140	NISTATINA 100.000UI/ML 50ML	SUSPENSÃO ORAL	Antifúngico	Tratamento de infecções fúngicas cutâneas, mucocutâneas e cavidade oral causadas por Cândida.
141	NITROGLICERINA 5MG/ML 5ML	INJETÁVEL	Vasodilatador Coroniano	Tratamento de hipertensão pré-operatória; controle de insuficiência cardíaca congestiva, no ajuste do infarto agudo do miocárdio; tratamento de angina pectoris em pacientes que não respondem à nitroglicerina sublingual e betabloqueadores; indução de hipotensão intraoperatória.
142	NITROPRUSSIATO DE SÓDIO 50MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	Vasodilatador	Estimular o débito cardíaco e reduzir as necessidades de oxigênio do miocárdio na insuficiência cardíaca secundária ao Infarto Agudo do Miocárdio, redução rápida da pressão arterial no intra e pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e em crises hipertensivas; espasmo arterial grave e correção de isquemia dos vasos periféricos.

143	NOREPINEFRINA HEMITARTARATO 2MG/ML 4ML	INJETÁVEL	Agonista Adrenérgico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipotensão aguda</li> <li>Choque cardiogênico ou séptico</li> <li>Coadjuvante na parada cardíaca</li> </ul>
144	ÓLEO GIRASSOL (ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS) + VITAMINAS A/E, GERME DE TRIGO, LECITINA DE SOJA 200ML	ÓLEO	Emoliente, Hidratante Tópico, Cicatrizante Tópico	Indicado no auxílio do processo de cicatrização de feridas: úlceras por pressão (escaras) de graus I, II e III, úlceras venosas, arteriais e diabéticas; feridas decorrentes de queimaduras; tratamento de feridas crônicas ou agudas com ou sem infecção; tratamento de Eczemas: Atópico, Asteatósico, de Estase e Radiodermite.
145	ÓLEO MINERAL PURO 100ML	ÓLEO	Laxante, Emoliente Tópico	Indicado como laxante, no tratamento da constipação intestinal funcional e no esvaziamento do cólon para a realização de exames.
146	OMEPRAZOL 20MG	CÁPSULA	Inibidor da Bomba de Prótons	Tratamento de úlceras gástricas e duodenais; esofagite de refluxo; síndrome de Zollinger-Ellison; manutenção para prevenção de recidiva em pacientes com úlcera duodenal; paciente pouco responsivos com úlcera gástrica; tratamento de manutenção para pacientes com esofagite de refluxo cicatrizada; pacientes que apresentam risco de aspiração de conteúdo gástrico durante anestesia geral (profilaxia de aspiração ácida); erradicação de H. pylori associado à úlcera péptica; tratamento e prevenção de erosões ou úlceras gástricas e duodenais associadas a anti-inflamatórios não-esteroidais (AINE) e tratamento de dispepsia associada à acidez gástrica.

147	OMEPRAZOL 40MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	Inibidor da Bomba de Prótons	Tratamento de úlcera de refluxo; síndrome de refluxo; prevenção de releso; paciente por tratamento de refluxo cicatrizado; aspiração de conteúdo gástrico (profilaxia de aspiração) associado à úlcera; erosões ou úlceras inflamatórias; dispepsia
148	ONDANSETRONA 2MG/ML 2ML	INJETÁVEL	Antiemético, Antagonista Seletivo do Receptor Serotonina	Controle das náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia e radioterapia
149	OXACILINA 500MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	Antimicrobiano, Penicilina beta lactamases resistente	Tratamento de infecções graves, septicemia e infecções de pele

<p>lceras ne de cidiva uco re manute izada; onteú spiraç era p as gás não-es sia as</p>	<p>150</p>	<p><b>PARACETAMOL 200MG/ML GOTAS</b> as e duodenais, esofagite de r-Ellison; man ientes com úlcera duodenal; os com úlcera gástrica; ara pacientes com esofagite tes que apresentam risco de ico durante anestesia geral a); erradicação de H. pylori tratamento e prevenção de duodenais associadas a anti- is (AINE) e tratamento de à acidez gástrica.</p>	<p>15ML</p>	<p><b>SOLUÇÃO ORAL</b></p>	<p>Analgésico, Antipirético, Anti- inflamatório não esteroidal</p>	<p>Redução da febre a moderadas, resfriados comu costas, dores n o  Redução da febre a moderadas, resfriados comu garg</p>
<p>náus radio ômito</p>	<p>151</p>	<p><b>PARACETAMOL 500MG</b> os vômitos induzidos por e prevenção das náuseas e s-operatório.</p>		<p><b>COMPRIMIDO</b></p>	<p>Analgésico, Antipirético, Anti- inflamatório não esteroidal</p>	<p>Redução da febre a moderadas, resfriados comu costas, dores n d</p>
<p>fecção ções d as sen</p>	<p>151</p>	<p>omo osteomielite, endocardite, a nervoso central causada por <i>Staphylococcus</i>.</p>				<p>Redução da febre a moderadas, resfriados comu garg</p>

152	PETIDINA 50MG/ML 2ML (LISTA A1)	INJETÁVEL	Analgésico Opióide	<b>Adulto:</b> Está indicada nos estados de dor e espasmos de várias etiologias, tais como: Infarto agudo do miocárdio, glaucoma agudo, pós-operatórios, dor consequente à neoplasia maligna, espasmos da musculatura lisa do trato gastrointestinal, biliar, urogenital e vascular, rigidez e espasmos do orifício interno do colo uterino durante trabalho de parto e tetania uterina. Também pode ser utilizada como pré-anestésico ou como terapia de apoio ao procedimento anestésico. <b>Pediatria:</b> Dor aguda.
153	POLIESTIRENOSSULFONATO DE CALCIO 900MG/G 30 G	PÓ	Resina de Troca Iônica	Tratamento da hiperpotassemia.
154	PREDNISOLONA 3MG/ML 60 ML	SOLUÇÃO ORAL	Anti-inflamatório Hormonal, Corticoide	Glicocorticoide no tratamento de doenças endócrinas, osteoarticulares e osteomusculares, reumáticas, do colágeno, dermatológicas, alérgicas, oftálmicas, respiratórias, hematológicas, neoplásicas, nefrológicas, gastrintestinais e neurológicas.
155	PREDNISONA 20MG	COMPRIMIDO	Anti-inflamatório Hormonal, Corticoide	Corticoide no tratamento de doenças endócrinas, reumáticas, osteomusculares, do colágeno, dermatológicas, alérgicas, oftálmicas, respiratórias, hematológicas, neoplásicas e outras que respondam a terapia com corticoides.
156	PREDNISONA 5MG	COMPRIMIDO	Anti-inflamatório Hormonal, Corticoide	Corticoide no tratamento de doenças endócrinas, reumáticas, osteomusculares, do colágeno, dermatológicas, alérgicas, oftálmicas, respiratórias, hematológicas, neoplásicas e outras que respondam a terapia com corticoides.

157	PROMETAZINA 25MG/ML 2ML	INJETÁVEL	Anti-Histamínico	Tratamento sintomático de todos os distúrbios incluídos no grupo das reações anafiláticas e alérgicas, prevenção de vômitos e náuseas, na potencialização de analgésicos e na préanestesia, devido sua ação sedativa.
158	PROPATILNITRATO 10MG	COMPRIMIDO	Nitrato, Vasodilatador	Tratamento de episódios agudos na angina pectoris e prevenção de crise aguda de angina produzida por exercícios em pacientes com insuficiência coronariana crônica.
159	PROPRANOLOL 40MG	COMPRIMIDO	Beta-Bloqueador não seletivo	Hipertensão, angina pectoris, arritmia, infarto do miocárdio, enxaqueca e estenose subaórtica hipertrófica, feocromocitoma.
160	RINGER COM LACTATO 500ML	INJETÁVEL	Repositor e solução hidroeletrolítica, Solução para infusão parenteral.	Reidratação e restabelecimento do equilíbrio hidroeletrolítico, quando há perda de líquidos e de íons cloreto, sódio, potássio e cálcio. Profilaxia e tratamento da acidose metabólica.
161	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL (CLORETO DE SÓDIO 3,5G + CLORETO DE POTÁSSIO 1,5G + CITRATO SÓDIO 2,9G + GLICOSE 20G) - 27,9GR	PÓ	Repositor Eletrolítico	Prevenção da desidratação e manutenção da hidratação após a fase de reidratação, em quadros de diarreia aguda.
162	SALBUTAMOL 100MCG/DOSE 200 DOSES	AEROSOL ORAL (SPRAY)	Broncodilatador (Beta-2 agonista seletivo)	Controle e prevenção da asma brônquica, e tratamento de bronquite crônica e de enfisema.

163	SINVASTATINA 20MG	COMPRIMIDO	Antilipêmico	Doenças coronarianas, diabetes e doenças vasculares.
164	SULFADIAZINA DE PRATA 1% (10MG/G) 400 G	POMADA	Antimicrobiano tópico	Prevenção e tratamento de feridas com grande potencial de infecção e risco de evolução para sepse: Queimaduras, úlceras de membros inferiores, úlceras de pressão e feridas cirúrgicas.
165	SULFAMETOXAZOL 40MG/ML + TRIMETOPRIMA 8MG/ML 100ML	SUSPENSÃO ORAL	Antimicrobiano, Sulfonamida	Tratamento de fibrose cística e DPOC, ciclosporiase, granuloma inguinal, profilaxia e tratamento de pneumocistose, encefalite por Toxoplasma, tratamento de Shigelose e infecções do trato urinário.
166	SULFAMETOXAZOL 400MG + TRIMETOPRIMA 80MG	COMPRIMIDO	Antimicrobiano, Sulfonamida	Tratamento de fibrose cística e DPOC, ciclosporiase, granuloma inguinal, profilaxia e tratamento de pneumocistose, encefalite por Toxoplasma, tratamento de Shigelose e infecções do trato urinário.
167	SULFAMETOXAZOL 80MG/ML + TRIMETOPRIMA 16MG/ML 5ML	INJETÁVEL	Antimicrobiano, Sulfonamida	Tratamento de meningite bacteriana, pneumocistose, encefalite por Toxoplasma, Shigelose, infecção do trato urinário por <i>Escherichia coli</i> , <i>Klebsiella species</i> , <i>Enterobacter species</i> , <i>Morganella morganii</i> , <i>Proteus mirabilis</i> e <i>Proteus vulgaris</i> .
168	SULFATO DE MAGNÉSIO 10% 10ML	INJETÁVEL	Eletrólito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipomagnesia (menos de 1,5mEq/L)</li> <li>• Crises convulsivas e toxemias severas (pré-eclâmpsia e eclâmpsia gravídica)</li> <li>• Taquicardia atrial paroxística</li> <li>• Intoxicação por bário</li> </ul>

169	SULFATO FERROSO 40MG	COMPRIMIDO	Minerais	Síndrome ferropênicas latentes e moderadas, anemias ferroprivas.
170	SUXAMETÔNIO 100MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	Bloqueador neuromuscular despolarizante	Utilizado como relaxante muscular em anestesia de curta duração, intubação endotraqueal e para reduzir a intensidade das convulsões induzidas farmacologicamente ou eletricamente.
171	TENECTEPLASE 40MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	Trombolítico	Tratamento trombolítico do infarto agudo do miocárdio.
172	TETRACAÍNA 1% + FENILEFRINA 0,1% 10ML (LISTA C1)	SOLUÇÃO OFTÁLMICA	Anestésico Local Oftalmológico	Anestesia do globo ocular em cirurgias, retirada de corpos estranhos corneanos e conjuntivais e procedimentos diagnósticos.
173	TOBRAMICINA 3MG/ML	SOLUÇÃO OFTÁLMICA	Antimicrobiano Oftalmológico	Tratamento de infecções bacterianas externas dos olhos e seus anexos, sensíveis à tobramicina.
174	TRAMADOL 50MG/ML 1ML (LISTA A2 ADENDO)	INJETÁVEL	Analgésico Opioide	Alívio da dor de intensidade moderada a severa, de caráter agudo, subagudo ou crônico de etiologia diversa.

175	VANCOMICINA 500MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	Antimicrobiano, Glicopeptídeo	Tratamento de infecções causadas por espécies de estafilococos e estreptococos.
176	VARFARINA SÓDICA 5MG	COMPRIMIDO	Anticoagulante	Prevenção e/ou tratamento da trombose venosa e sua extensão e na embolia pulmonar. Prevenção e/ou tratamento das complicações tromboembólicas associadas a fibrilação atrial e/ou substituição de válvula cardíaca. Redução do risco de morte, recidiva de infarto do miocárdio e eventos tromboembólicos, tais como acidente vascular cerebral ou embolização sistêmica após o infarto do miocárdio.
177	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) 10MG/ML 1ML IM	INJETÁVEL	Vitaminas, Antagonista	No tratamento de hemorragia ou risco de hemorragia como resultado de severa hipoprotrombinemia, de várias etiologias, incluindo sobredosagem de anticoagulantes do tipo cumarínicos; outras formas de hipovitaminose K (icterícia obstrutiva, assim como disfunções hepáticas e intestinais). Profilaxia e tratamento da doença hemorrágica em recém-nascidos.

## ANEXO II – MEDICAMENTOS PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL

LISTA DE MEDICAMENTOS DISPONIBILIZADOS PELO "AQUI TEM FARMACIA POPULAR"			
Nº	MEDICAMENTO	INDICAÇÃO	Gratuidade
1	ATENOLOL 25MG	HIPERTENSÃO	GRATUIDADE
2	CAPTAPRIL 25MG	HIPERTENSÃO	GRATUIDADE
3	CLORIDRATO DE PROPRANOLOL 40MG	HIPERTENSÃO	GRATUIDADE
4	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG	HIPERTENSÃO	GRATUIDADE
5	LOSARTANA POTÁSSICA 50MG	HIPERTENSÃO	GRATUIDADE
6	MALEATO DE ENALAPRIL 10MG	HIPERTENSÃO	GRATUIDADE
7	GLIBENCLAMIDA 5MG	DIABETES	GRATUIDADE
8	CLORIDRATO DE METFORMINA 500MG	DIABETES	GRATUIDADE
9	CLORIDRATO DE METFORMINA 500MG – AÇÃO PROLONGADA	DIABETES	GRATUIDADE
10	CLORIDRATO DE METFORMINA 850MG	DIABETES	GRATUIDADE
11	INSULINA HUMANA 100UI/ML	DIABETES	GRATUIDADE
12	INSULINA HUMANA REGULAR 100UI/ML	DIABETES	GRATUIDADE
13	SULFATO DE SALBUTAMOL 5MG	ASMA	GRATUIDADE
14	SULFATO DE SALBUTAMOL 100MCG	ASMA	GRATUIDADE
15	DIPROPIONATO DE BECLOMETSONA 50MCG	ASMA	GRATUIDADE
16	DIPROPIONATO DE BECLOMETSONA 200MCG/DOSE	ASMA	GRATUIDADE
17	DIPROPIONATO DE BECLOMETSONA 200MCG/CÁPSULA	ASMA	GRATUIDADE

18	DIPROPIONATO DE BECLOMETSONA 250MCG	ASMA	GRATUIDADE
19	BROMETO DE IPRATRÓPIO 0,25MG/ML	ASMA	GRATUIDADE
20	BROMETO DE IPRATRÓPIO 0,02MG/DOSE	ASMA	GRATUIDADE

Para utilizar o Programa Farmácia Popular, o cidadão deverá comparecer a um estabelecimento credenciado, apresentando os seguintes documentos:

- Documento oficial com foto e número do CPF ou documento de identidade que conste o número do CPF.
- Receita médica dentro do prazo de validade (365 para anticoncepcionais e 180 dias para os demais medicamentos), tanto do SUS quanto particular.

Para ser aceita pelo Programa Farmácia Popular, a receita deverá conter obrigatoriamente carimbo e assinatura do médico, endereço do estabelecimento de saúde, data da prescrição, nome e endereço do paciente.

### ANEXO III – INCLUSÕES E EXCLUSÕES - RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS – 2022

<b>INCLUSÕES - RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS - 2022</b>				
<b>Item</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Componente</b>	<b>PCDT (Federal, Estadual, Municipal)</b>
1	ACICLOVIR 200 MG COMP	COMPRIMIDO	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL
2	ÁCIDO FOLÍNICO 15 MG	COMPRIMIDO	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL
3	AMINOFILINA 100MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
4	ATENOLOL 25MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	FEDERAL
5	BIPERIDENO 2MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
6	BISOPROLOL 2,5MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
7	CANETA INSULINA NPH HUMANA 100UI/ML	TUBETE 3ML	BÁSICO	FEDERAL
8	CANETA INSULINA REGULAR HUMANA 100UI/ML	TUBETE 3ML	BÁSICO	FEDERAL
9	CEFTRIAXONA 250MG IM	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL
10	CETOCONAZOL 200MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
11	CETOCONAZOL 20MG/G	BISNAGA 30G	BÁSICO	MUNICIPAL
12	CILOSTAZOL 50MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
13	CLARITROMICINA 500MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL

14	CLARITROMICINA 50MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	BÁSICO	MUNICIPAL
15	CLINDAMICINA 300MG	COMPRIMIDO	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL
16	CLOPIDOGREL 75MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
17	CLORANFENICOL 500MG	COMPRIMIDO	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL
18	CODEÍNA 30MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
19	DEXAMETASONA 1MG/ML	SOLUÇÃO OFTALMICA	BÁSICO	MUNICIPAL
20	DEXAMETASONA 1MG/ML	ELIXIR	BÁSICO	MUNICIPAL
21	DEXAMETASONA 4MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
22	DIOSMINA + HESPERIDINA 450MG + 50MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
23	DIPROPIONATO DE BETAMETASONA + FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA 5MG/ML + 2MG/ML	SUSPENSÃO INJETÁVEL	BÁSICO	MUNICIPAL
24	DOMPERIDONA 10MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
25	DOXAZOSINA 2MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
26	ERITROMICINA 500MG	COMPRIMIDO	ESTRATÉGICO	MUNICIPAL
27	FINASTERIDA 5MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
28	FLUFENAZINA 25MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	BÁSICO	MUNICIPAL
29	GLICLAZIDA 30MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
30	GLIMEPIRIDA 2MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
31	IBUPROFENO 100MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	BÁSICO	MUNICIPAL
32	INDAPAMIDA 1,5MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
33	LEVOMEPRIMAZINA 100MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL

34	METFORMINA 500MG	COMPRIMIDO LIBERAÇÃO PROLONGADA	BÁSICO	FEDERAL
35	METFORMINA 850MG	COMPRIMIDO LIBERAÇÃO PROLONGADA	BÁSICO	FEDERAL
36	MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 20MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
37	NEOMICINA + BACITRACINA	BISNAGA 15G	BÁSICO	MUNICIPAL
38	NIMESULIDA 100MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
39	NORFLOXACINO 400MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
40	ÓLEO DE GIRASSOL	FRASCO 200ML	BÁSICO	MUNICIPAL
41	PANTOPRAZOL 20MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
42	POLIVITAMÍNICO	SUSPENSÃO	BÁSICO	MUNICIPAL
43	POLIVITAMÍNICO	GOTAS	BÁSICO	MUNICIPAL
44	POLIVITAMÍNICO	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
45	RISPERIDONA 1MG/ML	SOLUÇÃO	BÁSICO	MUNICIPAL
46	RIVAROXABANA 10MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
47	SECNIDAZOL 1G	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
48	SERTRALINA 50MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
49	TOBRAMICINA 3MG/ML	SOLUÇÃO OFTÁLMICA	BÁSICO	MUNICIPAL

## EXCLUSÕES - RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS - 2022

Item	Medicamento	Apresentação	Componente	PCDT (Federal, Estadual, Municipal)
1	BENZILPENICILINA POTÁSSICA, ASSOCIADA A PENICILINA PROCAÍNADA 100.000UI + 300.000UI	INJETÁVEL	BÁSICO	MUNICIPAL
2	CLARITROMICINA 250MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
3	DOMPERIDONA 1MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	BÁSICO	MUNICIPAL
4	GENTAMICINA 5MG/G POMADA OFTÁLMICA	BISNAGA 5G	BÁSICO	MUNICIPAL
5	GENTAMICINA 5MG/G SOLUÇÃO OFTÁLMICA	FRASCO 5ML	BÁSICO	MUNICIPAL
6	HIPROMELOSE 3MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA	SOLUÇÃO OFTÁLMICA	BÁSICO	MUNICIPAL
7	DINITRATO DE ISOSSORBIDA 5MG	COMPRIMIDO SUBLINGUAL	BÁSICO	MUNICIPAL
8	MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 40MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
9	LEVODOPA + CARBIDOPA 200MG+ 50MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
10	LIDOCAÍNA 10% SOLUÇÃO SPRAY	FRASCO 50ML	BÁSICO	MUNICIPAL
11	NITRATO DE MICONAZOL 20MG/G LOÇÃO	FRASCO 30ML	BÁSICO	MUNICIPAL

12	PROPILTIOURACIL 10MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
13	RANITIDINA 150MG	COMPRIMIDO	BÁSICO	MUNICIPAL
14	RANITIDINA 15MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	BÁSICO	MUNICIPAL
15	COMPLEXO B SOLUÇÃO ORAL	FRASCO 120ML	BÁSICO	MUNICIPAL



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**DECRETO Nº 6.921, DE 12 DE SETEMBRO DE 2022.**

***Estabelece as Diretrizes dos Serviços Farmacêuticos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Três Rios, e dá outras providências.***

O **PREFEITO DO MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS**, no uso de suas atribuições legais, especialmente das que lhe são conferidas pelo inciso I, do art. 43, e inciso II, do art. 135, da Lei Orgânica do Município; e

**CONSIDERANDO** que os medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) tem uma importância significativa na redução da mortalidade e morbidade e, normas para execução do acesso são fundamentais para a promoção da segurança do paciente;

**CONSIDERANDO** a necessidade de se efetuar a seleção de medicamentos essenciais, considerados seguros, eficazes e de custos efetivos, destinados ao atendimento dos problemas prioritários de saúde da população, diante da multiplicidade de produtos farmacêuticos e do intenso desenvolvimento de novas tecnologias;

**CONSIDERANDO** o Decreto nº 6.624, de 2 de agosto de 2021, que instituiu a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) no Município de Três Rios, aprovou seu Regimento Interno, e deu outras providências.

**CONSIDERANDO** a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada pela Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, que define, em seu inciso I, do art. 2º, como um de seus eixos estratégicos a garantia de acesso e equidade às ações de saúde, incluindo a Assistência Farmacêutica;



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**CONSIDERANDO** a Política Nacional de Medicamentos, aprovada pela Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, do Ministério da Saúde, que estabelece no item 3.1, como uma de suas diretrizes, a adoção de Relação de Medicamentos Essenciais e, como uma de suas prioridades, no item 4.1 a revisão permanente dessa Relação;

**CONSIDERANDO** a garantia do usuário de acesso universal e igualitário à assistência terapêutica integral, nos termos do art. 28, do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011;

**CONSIDERANDO** a necessidade de atualização periódica da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) para que seja utilizada como instrumento norteador da assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde (SUS);

**CONSIDERANDO** a Lei Federal nº 5.081, de 24 de agosto de 1966, que regula o exercício da Odontologia;

**CONSIDERANDO** a Lei Federal nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos e seu regulamento;

**CONSIDERANDO** a Lei Federal nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e dá outras providências (inclusive definindo competências dos enfermeiros para prescrever medicamentos);

**CONSIDERANDO** a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**CONSIDERANDO** a Lei Federal nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências;

**CONSIDERANDO** o Decreto Federal nº 74.170, de 10 de junho de 1974, que regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos;

**CONSIDERANDO** o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

**CONSIDERANDO** a Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Medicamentos;

**CONSIDERANDO** a Portaria GM/MS nº 2.928, de 12 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre os §§ 1º e 2º, do art. 28, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011;

**CONSIDERANDO** a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, do Secretário de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, e suas atualizações, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial;

**CONSIDERANDO** a Portaria SVS/MS nº 6, de 29 de janeiro de 1999, do Secretário de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, que aprova a Instrução Normativa da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, que instituiu o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial;



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**CONSIDERANDO** a Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF);

**CONSIDERANDO** a Resolução RDC nº 135, de 29 de maio de 2003, da Diretoria Colegiada da Anvisa, que aprova o regulamento técnico para medicamentos genéricos;

**CONSIDERANDO** a Resolução RDC nº 138, de 29 de maio de 2003, da Diretoria Colegiada da Anvisa, que dispõe sobre o enquadramento na categoria de venda de medicamentos;

**CONSIDERANDO** a Resolução RDC nº 14, de 31 de março de 2010, da Diretoria Colegiada da Anvisa, que dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos;

**CONSIDERANDO** a Resolução RDC nº 20, de 5 de maio de 2011, da Diretoria Colegiada da Anvisa, que dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação;

**CONSIDERANDO** a Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, da Diretoria Colegiada da Anvisa, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;

**CONSIDERANDO** a Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009, do Conselho Federal de Medicina, que aprova o Código de Ética Médica, no que se refere à prescrição de medicamentos;

**CONSIDERANDO** a Resolução CFF nº 417, de 29 de setembro de 2004, do Conselho Federal de Farmácia, que aprova o Código de Ética da Profissão Farmacêutica;



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**CONSIDERANDO** a Resolução CFF nº 586, de 29 de agosto de 2013, do Conselho Federal de Farmácia, que regula a prescrição farmacêutica;

**CONSIDERANDO** a Nota Técnica da Anvisa sobre a RDC nº 20/2011, de 24 de setembro de 2013, que orienta os procedimentos relativos ao controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos de uso sob prescrição médica;

**CONSIDERANDO** a "Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde", 2011 – Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde (Portaria GM/MS nº 1.820, de 13 de agosto de 2009).

**DECRETA:**

**Art. 1º** Fica estabelecida a normatização das diretrizes dos serviços de Assistência Farmacêutica, definindo a organização e distribuição das tarefas, a prescrição, dispensação e fornecimento de medicamentos na rede municipal, parâmetros para o funcionamento e estrutura dos serviços, bem como capacitações para todos os profissionais envolvidos no processo da Assistência Farmacêutica.

**Parágrafo único.** A dispensação e o fornecimento de medicamentos são serviços essenciais de saúde, devendo ser mantidos de forma prioritária nas unidades de saúde e farmácias do município.



## PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS – RJ

### CAPÍTULO I DAS DEFINIÇÕES

**Art. 2º** Para o melhor entendimento desta normatização são adotadas as seguintes definições:

**I** - Classe terapêutica: categoria que congrega medicamentos com propriedades e/ou efeitos terapêuticos semelhantes;

**II** - Condição crônica: refere-se a doenças de longa duração e geralmente de progressão lenta;

**III** - Denominação Comum Brasileira (DCB): denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo, aprovada pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária;

**IV** - Denominação genérica (nome genérico): denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo;

**V** - Dispensa: é a entrega de medicamentos com a orientação adequada para o paciente ou seu responsável sobre a interação com outros medicamentos e/ou alimentos; sobre as formas de melhorar a adesão ao tratamento, a orientação de como agir no caso de ocorrência de reações adversas, a conservação do produto farmacêutico, entre outras, sempre considerando as peculiaridades do paciente;

**VI** - Emenda: ato ou efeito de emendar, tentar melhorar o próprio procedimento acrescentando no propósito de aumentar o que já fora feito.

**VII** - Formulário de Comunicado ao Prescritor: impresso contendo as inconformidades presentes nas receitas apresentadas nas Unidades de Saúde da SMSDCTR (Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil- Prefeitura do Município de Três Rios);

**VIII** - Medicamentos de uso contínuo: são medicamentos usados no tratamento de condições crônicas ou para contracepção, para as quais o paciente poderá utilizar de forma ininterrupta, conforme prescrição;

**IX** - Medicamento fitoterápico: é o obtido empregando-se exclusivamente matérias-primas ativas vegetais; é caracterizado pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade; sua eficácia e segurança são validadas



## PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS – RJ

através de levantamentos farmacológicos de utilização, documentações técnico-científicas em publicações ou ensaios clínicos fase III; não é considerado medicamento fitoterápico aquele que, na sua composição, inclua substâncias ativas isoladas, de qualquer origem, nem as associações destas com extratos vegetais;

**X** - Medicamento genérico: é igual ou comparável ao de referência (ou inovador ou original ou de marca) em quantidade de princípio ativo, concentração, forma farmacêutica, modo de administração e qualidade, que pretende ser com ele intercambiável, é geralmente produzido após expiração ou renúncia da patente e de direitos de exclusividade, comprovando sua eficácia, segurança e qualidade através de testes de biodisponibilidade e equivalência terapêutica, o medicamento genérico é designado conforme a DCB ou, na ausência, a DCI;

**XI** - Notificação de Receita: é o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensa de substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial definidos na Portaria SVS/MS nº 344/98, do Secretário de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, e suas atualizações;

**XII** - Prescritor: profissional legalmente habilitado para prescrever medicamentos, preparações magistrais e/ou oficinais e outros produtos para a saúde;

**XIII** - Rasura: ato ou efeito de raspar ou riscar letras em um documento, para alterar um texto;

**XIV** - Receita: prescrição escrita de medicamento, contendo orientação de uso para o paciente, efetuada por profissional legalmente habilitado, quer seja de preparação magistral ou de produto industrializado;

**XV** - Receituário de Controle Especial: impresso utilizado para a prescrição de medicamentos e substâncias sujeitas a controle especial;

**XVI** - Unidade Dispensadora: serviço de dispensa de medicamentos pertencente à Unidade de Saúde;

**XVII** - Validade da Receita: data limite em que a receita poderá ser aviada, contada a partir de sua emissão.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**CAPÍTULO II  
DA SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS**

**Art. 3º** A instância responsável pela seleção de medicamentos para a rede municipal de saúde é a Comissão Permanente de Farmácia e Terapêutica (CFT), instituída através do Decreto nº 6.624, de 2 de agosto de 2021, vinculada à Coordenação de Assistência Farmacêutica (COAF), que possui caráter consultivo e de assessoria à Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil.

**§1º** Os profissionais de saúde da rede municipal podem solicitar alterações na REMUME do Município; para tanto, é obrigatório o preenchimento do Formulário Próprio, disponível na Coordenação de Assistência Farmacêutica (COAF), conforme modelo encontrado no regimento interno da CFT.

**§2º** As solicitações serão analisadas nas oficinas de priorização realizadas pela CFT, juntamente com a COAF, que definem as prioridades de revisão e atualização da REMUME; estes pedidos somente serão avaliados pela CFT se forem enviados através do formulário específico, com preenchimento de todos os campos, que exigem a justificativa do pedido (baseado em evidências científicas), dados farmacológicos e anexação de pelo menos 3 (três) referências bibliográficas que justifiquem tal solicitação.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**CAPÍTULO II  
DA PRESCRIÇÃO**

**Art. 4º** As prescrições de medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) adotarão obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira – DCB (ou seja, o nome genérico da substância ativa), instituída pela Portaria nº 1.179, de 17 de junho de 1996, da Anvisa.

**Parágrafo único.** Para a dispensação e fornecimento nas unidades da rede municipal de saúde, as prescrições de medicamentos devem seguir a dosagem e apresentação existente na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME).

**Art. 5º** A receita médica ou odontológica deverá ser emitida em português compreensível e por extenso, em letra legível, em consonância com o art. 35, da Lei Federal nº 5.991/1973, devendo conter:

**I** - Nome do paciente;

**II** - Conter identificação do Serviço de Saúde com nome, endereço e telefone;

**III** - Nome genérico do medicamento (DCB) e concentração – Portaria nº 1.179/1996, da Anvisa;

**IV** - Ser individual, escrita em caligrafia legível, à tinta ou digitada, sem rasuras e/ou emendas, observadas a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais, indicando a forma farmacêutica, a concentração, a dose, o modo de usar e a duração do tratamento;

**V** - Conter a denominação botânica para medicamentos fitoterápicos (quando for o caso);

**VI** - Quantidade a ser dispensada para o tratamento completo ou para período específico quando for uso contínuo;

**VII** - Identificação legível do profissional prescritor por meio do carimbo com o número de registro no seu respectivo Conselho de classe (CRM, CRO, outros);

**VIII** - Data de emissão e assinatura do prescritor.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**§ 1º** Sempre que for necessário prescrever vários medicamentos para um único usuário (politerapia), recomenda-se a utilização de mais de um receituário para evitar erros de medicação.

**§ 2º** É vetada a prescrição de mais de um fármaco ou esquema posológico que faculte ao dispensador ou usuário uma escolha.

**§ 3º** Em casos excepcionais, em que o tratamento necessite da inclusão do parceiro(a) ou de familiares, o prescritor deverá expressar essa condição na receita médica.

**Art. 6º** Para fins de prescrição de medicamentos são considerados prescritores os seguintes profissionais: médico, cirurgião-dentista.

**Parágrafo único.** Para os seguintes profissionais: enfermeiro, nutricionista, farmacêutico e fisioterapeuta a prescrição somente será aceita mediante a existência de normatização referente a cada categoria profissional e a existência de protocolos clínicos instituídos a nível federal, estadual e ou municipal.

**Art. 7º** De acordo com a Lei Federal nº 8.234/1991 fica atribuída aos nutricionistas à prescrição de suplementos nutricionais, necessários à complementação da dieta.

**Art. 8º** De acordo com a Lei Federal nº 5.081/1966 compete ao cirurgião dentista a prescrição e aplicação de especialidades farmacêuticas de uso interno e externo, indicadas em odontologia; logo, a prescrição de medicamentos por estes profissionais não deve ultrapassar sua competência clínica.

**Parágrafo único.** Conforme recomenda o Código de Ética Médico é vedado ao médico delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivas da profissão médica.

**Art. 9º** A prescrição de enfermagem deverá seguir as mesmas recomendações dos arts. 4º e 5º, deste Decreto, e conforme art. 1º, da Portaria GM/MS nº 1.625/2007, do Ministério da Saúde, somente poderá



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

ser realizada, quando o medicamento estiver previamente definido em protocolo clínico oficializado pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, ou, na sua falta, pelos protocolos da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro e/ou Ministério da Saúde, que tiverem a adesão oficial do município.

**Parágrafo único.** Conforme recomenda o Código de Ética Médico é vedado ao médico prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nessas circunstâncias, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento e também é vedado delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivas da profissão médica.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**CAPÍTULO III  
DOS MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO**

**Art. 10.** Podem ser prescritos como medicamentos de uso contínuo, conforme as classes farmacológicas descritas na REMUME:

- I** - Medicamentos que atuam sobre o Sistema Cardiovascular e Renal;
- II** - Medicamentos Hipolipemiantes;
- III** - Insulinas e Medicamentos Antidiabéticos Orais;
- IV** - Medicamentos Contraceptivos;
- V** - Hormônios Tireoidianos;
- VI** - Outras classes farmacológicas, quando para uso crônico.

**Art. 11.** Cabe ao prescritor definir se o tratamento é contínuo (na prescrição), devendo, obrigatoriamente, registrar o termo uso contínuo.

**§ 1º** As prescrições de medicamentos de uso contínuo terão validade máxima de 6 (seis) meses de tratamento, desde que o prescritor escreva na receita o prazo de validade em meses ou a quantidade total para este período, respeitando a normativa e a legislação vigente.

**§ 2º** As prescrições de anticoncepcionais hormonais terão validade de no máximo 12 (doze) meses, se especificado uso contínuo na receita ou a quantidade total do tratamento, devendo ser prescritos em receituário separado.

**§ 3º** Caso a duração do tratamento seja inferior a 6 (seis) meses, o prescritor deverá especificar o número de meses ou total de dias.

**§ 4º** As prescrições com a expressão “uso contínuo”, que não tiverem o prazo de validade por escrito na receita, terão validade máxima de 180 (cento e oitenta) dias.

**§ 5º** Para os medicamentos previstos no inciso VI, do art. 10, deste Decreto, quando prescritos para uso crônico, devem apresentar a expressão uso contínuo ao lado do referido medicamento.

**§ 6º** As prescrições dos medicamentos constantes no art. 10, deste Decreto, que não trazem a expressão “uso contínuo” e também não



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

apresentam a quantidade a ser fornecida, somente a informação da posologia, terão validade de 30 (trinta) dias.

**§ 7º** A validade da receita será contada a partir da data da prescrição.

**§ 8º** No último mês da validade da receita, o profissional deverá orientar e registrar por escrito, na própria receita, que o usuário deve renovar sua receita para que possa retirar seus medicamentos no mês seguinte.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**CAPÍTULO IV  
DOS MEDICAMENTOS ANTIMICROBIANOS**

**Art. 12.** As prescrições dos medicamentos antimicrobianos sujeitos a controle especial seguem as normas da RDC nº 20/2011, da Anvisa, que dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isolado ou em associação.

**I** - A receita é válida em todo território nacional, por 10 (dez) dias, a contar da data de sua emissão;

**II** - Em situações de tratamento prolongado a primeira via da receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores, dentro de um período de 90 (noventa) dias, a contar da sua data de emissão;

**III** - As unidades de saúde deverão arquivar e manter a disposição das autoridades sanitárias, por um período de 2 (dois) anos, a documentação referente à compra, transferência, perda e devolução das substâncias antimicrobianas, bem como dos medicamentos que as contenham.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**CAPÍTULO V**

**DOS MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL**

**Art. 13.** As prescrições de medicamentos sujeitos a controle especial seguem as normas da Portaria nº 344/1998, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, e da Portaria nº 06/1999, que estabelece procedimentos para a aplicação da Portaria nº 344/1998, ambas da Anvisa.

**Art. 14.** A Notificação de Receita (NR) é o documento que, acompanhado da receita autoriza a dispensação de medicamentos das listas A1 e A2 (Entorpecentes), A3, B1 (Psicotrópicas), B2 (Psicotrópicas Anorexígenas), C2 (Retinóicos para Uso Sistêmico) e C3 (Imunossupressoras).

**§ 1º** As Notificações de Receitas tipo “A” possuem cor amarela, são utilizadas para medicamentos relacionados na lista A1 e A2 (Entorpecentes) e A3 (Psicotrópicos), são válidas em todo território nacional e tem validade de 30 (trinta) dias após a prescrição; a quantidade máxima a ser dispensada por prescrição é para 30 (trinta) dias de tratamento; possui também o limite de 5 (cinco) ampolas de medicamento injetável por prescrição.

**§ 2º** As Notificações de Receitas tipo “B1” possuem cor azul, são utilizadas para medicamentos relacionados na lista B1 (Psicotrópicos), são válidas somente no Estado emitente e tem validade de 30 (trinta) dias após a prescrição; a quantidade máxima a ser dispensada por prescrição é para 60 (sessenta) dias de tratamento; possui também o limite de 5 (cinco) ampolas de medicamento injetável por prescrição.

**§ 3º** A prescrição de medicamentos contendo substâncias da lista B2 deve ser realizada em Notificação de Receita B2, conforme modelo disponível na Resolução RDC nº 58/2007, da Anvisa.

**§ 4º** As Notificações de Receita tipo “C2” possuem cor branca, são utilizadas para medicamentos relacionados nas listas C2 (Substâncias Retinóides de Uso Sistêmico), são válidas somente no Estado emitente e tem validade de 30 (trinta) dias após a prescrição; a quantidade máxima



## PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS – RJ

ser dispensada por prescrição é para 30 (trinta) dias de tratamento; deve vir acompanhada do Termo de Consentimento de Risco e Consentimento Pós-Informação.

**§ 5º** As Notificações de Receita tipo "C3" possuem cor branca, são utilizadas para medicamentos relacionados nas listas C3 (Imunossuppressores), são válidas somente no Estado emitente e tem validade de 20 (vinte) dias após a prescrição (conforme RDC nº 11/2011 – Anvisa); a quantidade máxima a ser dispensada por prescrição é para 30 (trinta) dias de tratamento; deve vir acompanhada do Termo de Esclarecimento para Usuário de Talidomida e Termo de Responsabilidade.

**§ 6º** As Notificações de Receita deverão estar preenchidas de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos por extenso, sem emenda ou rasura; devem conter somente uma substância e ficarão retidas na farmácia no momento retirada do medicamento; a Notificação NÃO substitui a Receita.

**Art. 15.** A Receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível; a quantidade prescrita deverá estar em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial, substâncias antirretrovirais (lista "C4") e "C5" (anabolizantes) da Portaria nº 344/1998 – Anvisa, e de suas atualizações; deverá ser preenchida em 2 (duas) vias, manuscrita, datilografada ou informatizada, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia" e "2ª via - Orientação ao Paciente".

**§ 1º** A prescrição poderá conter em cada receita, no máximo 3 (três) substâncias constantes da lista "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial) da Portaria nº 344/1998 – Anvisa, e de suas atualizações, ou medicamentos que as contenham.

**§ 2º** A prescrição de medicamentos à base de substâncias antirretrovirais (lista "C4"), só poderá ser feita por médico e será dispensada nas



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

farmácias do Sistema Único de Saúde, em formulário próprio estabelecido pelo programa de DST/AIDS, onde a receita ficará retida. Ao paciente, deverá ser entregue um receituário médico com informações sobre seu tratamento.

**§ 3º** A prescrição de antirretrovirais poderá conter em cada receita, no máximo 5 (cinco) substâncias constantes da lista "C4" (antirretrovirais) da Portaria nº 344/1998 – Anvisa, e de suas atualizações, ou medicamentos que as contenham.

**§ 4º** No caso de prescrição de substâncias ou medicamentos antiparkinsonianos e anticonvulsivantes, a quantidade ficará limitada até 6 (seis) meses de tratamento.

**§ 5º** Os livros, balanços e demais documentos comprovantes de movimentação de estoque poderão ser elaborados através de sistema HÓRUS disponibilizado gratuitamente pelo Ministério da Saúde, no entanto deverão ser previamente avaliados e aprovados pela Autoridade Sanitária do Município.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**CAPÍTULO VI  
DO ACESSO E DA DISPENSAÇÃO**

**SEÇÃO I  
DOS MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA  
FARMACÊUTICA**

**Art. 16.** O acesso universal e igualitário à Assistência Farmacêutica segundo o Decreto Federal nº 7.508/2011, pressupõe, cumulativamente:

- I** - Estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
- II** - Ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
- III** - Estar a prescrição em conformidade com a REMUME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde; e
- IV** - Ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

**§1º** Todo o medicamento somente será dispensado ou fornecido mediante apresentação de receita original, proveniente da rede pública e ou conveniada, desde que obedeçam aos requisitos dos arts. 4º e 5º, deste Decreto; não poderão ser dispensados medicamentos com as cópias (fotocópia, carbonada) das receitas.

**§ 2º** Ficam vetados a dispensação ou fornecimento de medicamentos aos menores de 18 (dezoito) anos, com exceção dos anticoncepcionais hormonais.

**§ 3º** Assim atendendo às diretrizes organizativas dos serviços de saúde (regionalização), a entrega e a dispensação de medicamentos da REMUME ficam limitadas aos usuários residentes no Município de Três Rios e que, obrigatoriamente, possuam Cartão do SUS e cadastro na unidade.

**Art. 17.** É obrigatório no ato do fornecimento e dispensação do medicamento:



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**I** - Carimbar no verso da receita FORNECIDA, datar, anotar a quantidade de medicamento fornecida e assinar; nos casos de falta é obrigatório carimbar EM FALTA, identificar a unidade, datar, assinar;

**II** - Se os medicamentos prescritos não estiverem contemplados na REMUME, carimbar na receita NÃO PADRONIZADO, datar e assinar;

**III** - Devolver a receita carimbada ao paciente.

**Art. 18.** Fica vetada a dispensação ou fornecimento retroativo de medicamentos.

**Art. 19.** Quando a prescrição expressar o uso de um medicamento de forma condicional, tais como "se dor", "se febre", "se náuseas", dentre outras, será dispensada quantidade suficiente para 2 (dois) dias de tratamento; persistindo os sintomas o paciente deverá ser orientado a retornar ao médico.

**Art. 20.** Quando a quantidade total do medicamento for prescrita em caixas, e o tempo total de duração de tratamento não estiver expresso na prescrição, considerar 1 (uma) caixa equivalente a 30 (trinta) comprimidos ou quantidade mais próxima, a fim de evitar o fracionamento da cartela.

**Art. 21.** A substituição de forma farmacêutica, quando possível, somente poderá ser feita pelo profissional farmacêutico, o qual deverá realizar orientações por escrito, carimbar, datar e assinar no verso da receita.

**Art. 22.** O fracionamento somente é recomendado para o atendimento das prescrições de tratamentos agudos no caso de medicamentos em cartelas/blisters fracionáveis.

**Art. 23.** Para o fornecimento dos medicamentos antimicrobianos, a primeira via da receita deve ficar com o paciente, e nela deve constar o carimbo e registro da quantidade fornecida.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**§1º** É proibida a dispensa de medicamento cuja receita não obedeça ao disposto nesta Portaria, independente da origem da receita.

**§2º** O controle de estoque incluindo as movimentações de entrada, saídas e dispensações dos medicamentos de uso contínuo devem ser realizados pelo Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS ou Sistema de Gestão adotado pelo Ministério da Saúde.

**SEÇÃO II  
DOS MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO**

**Art. 24.** Para os tratamentos de uso contínuo será dispensada ou fornecida quantidade máxima para 30 (trinta) dias de tratamento, conforme posologia (salvo os medicamentos sujeitos à Portaria nº 344/1998 – Anvisa).

**Art. 25.** Para os contraceptivos hormonais, poderá ser fornecida quantidade para até 30 (trinta) dias de tratamento.

**Art. 26.** No mês seguinte, o usuário deverá retornar com a receita carimbada para retirar nova quantidade, observando-se:

**I** - O carimbo com a data e a quantidade fornecida na última entrega, verificando se já está em tempo de realizar nova retirada;

**II** - Em cada nova retirada, o responsável pela dispensação ou fornecimento deverá carimbar na receita FORNECIDO, datar, anotar a quantidade de medicamento entregue e assinar; nos casos de falta, carimbar EM FALTA, identificar a unidade, datar, rubricar;

**III** - A receita vencida obrigatoriamente deve ser carimbada com os dizeres RECEITA VENCIDA, datada e devolvida ao paciente.

**Art. 27.** O fornecimento de preservativos masculinos, gel lubrificante e o preservativo feminino não necessitam de prescrição e seu acesso deve ser facilitado com a disponibilização direta nos balcões de recepção das unidades de saúde.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**SEÇÃO III**

**DOS MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL**

**Art. 28.** O controle de estoque incluindo as movimentações de entrada, saídas e dispensações dos medicamentos sujeitos a controle especial devem ser realizados pelo Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - HÓRUS ou Sistema de Gestão adotado pelo Ministério da Saúde.

**Art. 29.** A dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial somente poderá ser feita sob responsabilidade do profissional farmacêutico, inscrito na vigilância sanitária e no CRF/RJ, conforme as normas da Portarias nº 344/1998 e 6/1999, da ANVISA.

**§ 1º** Atendendo às diretrizes organizativas dos serviços de saúde (descentralização e vinculação territorial), os medicamentos sujeitos a controle especial serão dispensados na farmácia central municipal.

**§ 2º** Para a dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial, é necessário que o usuário possua cadastro no sistema HÓRUS, e que o responsável pela retirada apresente seu documento de identidade.

**§ 3º** A dispensação só poderá ser feita dentro dos 30 (trinta) dias de validade da receita, contados a partir da data da prescrição, devendo ser dispensada quantidade suficiente, conforme posologia, de acordo com a Portaria nº 344/98 – ANVISA.

**§ 4º** Cabe aos farmacêuticos verificar a data da última dispensação destes medicamentos, a fim de evitar entrega duplicada e o uso indevido ou indiscriminado por parte dos usuários.

**SEÇÃO IV**

**DOS MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA  
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**



## **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS – RJ**

**Art. 30.** O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos, geralmente de uso contínuo, utilizados em nível ambulatorial no tratamento de diversas patologias crônicas ou raras; o elenco de medicamentos é padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde, sendo dispensados ou fornecidos na farmácia central municipal, através do cumprimento de protocolos clínicos publicados pelo Ministério da Saúde.

**Art. 31.** Ao receber uma prescrição médica nas farmácias das unidades de saúde, o responsável pela dispensação ou fornecimento deve sempre verificar se os itens prescritos não estão padronizados na REMUME e constam da lista de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Em caso afirmativo:

- I** - Informar o paciente sobre a disponibilidade do medicamento através do Componente;
- II** - Encaminhar o paciente à farmácia polo, respeitando o horário de atendimento ao público;
- III** - Alertar o paciente sobre a documentação necessária para a abertura de processo administrativo na farmácia polo.

**Art. 32.** A documentação necessária é:

- I** - Prescrição contendo a DCB ou DCI do medicamento, observando a legislação referente aos medicamentos sujeitos a controle especial da Portaria nº 344/1998 – Anvisa;
- II** - Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado a Assistência Farmacêutica – LME (todos os campos preenchidos, sem rasura e/ou alterações, com assinatura e carimbo do prescritor), e observando-se a validade de 60 (sessenta) dias (Anexo I);
- III** - Cópia da Carteira de Identidade e Cópia do CPF;
- IV** - Cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- V** - Comprovante de residência atual, de no máximo 3 (três) meses (o endereço deve ser o mesmo declarado no requerimento);



## PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS – RJ

**VI** - Resultados de exames necessários (segundo os protocolos);

**VII** - Termo de Esclarecimento e Responsabilidade, para o medicamento solicitado, com todos os campos preenchidos e devidamente assinado pelo paciente ou responsável e pelo médico prescritor.

**Art. 33.** A dispensação dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica ocorre na Farmácia Polo, segundo Protocolos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde; todas as dispensações devem ser supervisionadas por profissional farmacêutico.

**Art. 34.** O controle de estoque incluindo as movimentações de entrada, saídas e dispensações dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica deve ser realizado pelo sistema adotado pelo Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

### SEÇÃO V

#### DOS MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESTRATÉGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**Art. 35.** São estratégicos todos os medicamentos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico, cujo controle e tratamento possuam protocolos e normas estabelecidas, e que tenham impacto socioeconômico.

**Parágrafo único.** Atualmente os Programas Estratégicos são: Coagulopatias, Cólera, Dengue, Doença de Chagas, Doença Falciforme, Esquistosomose, Febre Maculosa, Filariose, Geo-helminthíases, Hanseníase, HIV/AIDS, Infecções Fúngicas Sistêmicas, Influenza, Leishmaniose (LTA e LV), Lúpus – Mieloma Múltiplo – Enxerto versus Hospedeiro, Malária, Meningite, Raiva, Tabagismo, Toxoplasmose, Tracoma, Tuberculose, Prevenção de Deficiências Nutricionais, Prevenção da infecção pelo VSR.

**Art. 36.** Os medicamentos têm a aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e são repassados para os Estados; as Secretarias Estaduais têm a



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

responsabilidade de fazer o armazenamento e posterior distribuição aos municípios; a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil municipalizou a dispensação dos medicamentos para Febre Maculosa, Geo-helmintíases, Hanseníase, HIV/AIDS, Infecções Fúngicas Sistêmicas, Influenza, Leishmaniose (LTA e LV), Lúpus – Mieloma Múltiplo – Enxerto versus Hospedeiro, Meningite, Tabagismo, Toxoplasmose, Tracoma, Tuberculose.

**Art. 37.** A dispensação dos medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica ocorre no setor de Epidemiologia, com exceção dos medicamentos do Programa de Controle do Tabagismo que serão dispensados nas Unidades de Saúde, na Farmácia Polo e na Clínica da Família segundo Protocolos do Ministério da Saúde; todas as dispensações devem ser supervisionadas por profissional farmacêutico.

**Art. 38.** O controle de estoque incluindo as movimentações de entrada, saídas e dispensações dos medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica devem ser realizados pelo Sistema HÓRUS, com exceção dos medicamentos antirretrovirais (Anexo II) que deve ser realizada pelo Sistema SICLOM gerencial e operacional.

**Art. 39.** Os medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica são solicitados a Superintendencia de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (SAFIE) da Secretária Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES) por meio de mapas mensais e trimestrais de prestação de conta.

**Art. 40.** É vetada a dispensação ou fornecimento de medicamentos prescritos por médicos veterinários em toda a rede municipal de saúde.

**Parágrafo único.** Não serão dispensados medicamentos para animais, mesmo que a prescrição esteja no nome do proprietário do animal.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**CAPÍTULO VII  
DA ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO**

**Art. 41.** O responsável pelo atendimento deverá apresentar o medicamento ao usuário e, conforme a necessidade individual, orientar sobre o tratamento, observando:

**I** - Nome genérico do medicamento;

**II** - Modo de usar – orientar a forma adequada de uso de cada medicamento;

**III** - Horários de administração;

**IV** - Quantidade de medicamento fornecida e duração do tratamento;

**V** - Armazenamento.

**Art. 42.** No caso de receitas ilegíveis, em que o responsável pelo atendimento ficar na dúvida sobre qualquer informação referente ao medicamento (dose, apresentação, identificação), o mesmo deverá orientar o paciente a retornar ao prescritor.

**Art. 43.** Explicar sobre o carimbo de controle de retiradas e, em caso de medicamento de uso contínuo, quando e como retirá-lo novamente; o ato de carimbar a prescrição constitui um importante registro para o paciente e o dispensador.

**Art. 44.** O usuário deverá ser orientado a procurar a farmácia da Unidade de Saúde de sua área de abrangência.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**CAPÍTULO VIII  
DO ARMAZENAMENTO E CONTROLE DE ESTOQUE**

**Art. 45.** O controle de estoque incluindo as movimentações de entrada, saídas de todos os medicamentos devem ser realizados pelo Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS ou Sistema de Gestão adotado pelo Ministério da Saúde.

**Art. 46.** Os medicamentos deverão ser organizados nas estantes/prateleiras/gavetas ou refrigerador (quando for o caso) seguindo as seguintes orientações gerais de armazenamento:

**I** - Os medicamentos deverão ser organizados em ordem alfabética por nome genérico (DCB), lote e validade com etiquetas de identificação voltadas para frente;

**II** - Os medicamentos com prazo de validade menor devem estar à frente, acima ou à direita do medicamento com vencimento posterior;

**III** - Indicar, visivelmente, o lote que deve ser utilizado primeiramente;

**IV** - Conservar os medicamentos ao abrigo da luz direta;

**V** - Manter distância entre os produtos para facilitar a circulação de ar interna;

**VI** - Observar a empilhamento máximo recomendado pelo fabricante;

**VII** - Não colocar medicamentos em contato direto com o chão, encostado às paredes ou muito próximo do teto;

**VIII** - Os medicamentos sujeitos ao controle da Portaria nº 344/1998, da Anvisa, devem ser armazenados em local seguro, chaveado, isolado dos demais e sob controle e responsabilidade legal do Farmacêutico.

**IX** - Controlar a temperatura de armazenamento de medicamentos que devem ser mantidos sob refrigeração utilizando termômetro que registre as temperaturas máximas e mínimas; o refrigerador deve ser utilizado exclusivamente para armazenar medicamentos; a temperatura deve ser registrada diariamente em planilha específica; todo problema com a temperatura da geladeira deverá ser repassado para o coordenador da unidade, para as devidas providências.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**CAPÍTULO IX  
DO REABASTECIMENTO**

**Art. 47.** A requisição para o reabastecimento de medicamentos das unidades de saúde será realizada via guia de pedido mensal, baseada no Consumo Médio Mensal, levando-se em conta a sazonalidade e períodos eventuais de desabastecimento.

**Parágrafo único.** A responsabilidade pelo envio do pedido de reabastecimento é do responsável da unidade.

**Art. 48.** O prazo de solicitação deverá obedecer ao cronograma estabelecido pela CAF.

**Art. 49.** Obrigatoriamente deve ser contada a quantidade total de medicamentos existente na farmácia antes de se efetuar o pedido de reposição.

**Art. 50.** Respeitar a média do consumo a ser pedido; as solicitações deverão estar adequadas ao consumo real e o estoque disponível; solicitações acima do consumo e geração de medicamentos vencidos em função de solicitação superestimada serão de responsabilidade da coordenação da unidade.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**CAPÍTULO X  
DO RECEBIMENTO DOS MEDICAMENTOS**

**Art. 51.** No ato de recebimento, o responsável pela farmácia deverá inspecionar a qualidade e a quantidade de volumes e verificar se coincidem com os pedidos solicitados à CAF.

**Art. 52.** Na conferência da guia de entrega, todo produto deve ser inspecionado quanto à sua embalagem, observando-se ainda:

**I** - A comparação da quantidade fornecida com a quantidade constante no pedido de entrega da CAF;

**II** - A observância do prazo de validade do medicamento que não devem ser validade inferior a 2 (dois) meses.

**III** - Inspeccionar o medicamento e insumos quanto a sua embalagem (presença de umidade, condições do rótulo, condições de fechamento da embalagem e condições da caixa);

**IV** - Inspeccionar o medicamento quanto aos aspectos físicos e organolépticos (odor, presença de precipitados, separação de fases, homogeneidade da coloração e presença de sujidades);

**V** - Informar qualquer divergência através de memorando ou contato telefônico dentro de 48 (quarenta e oito) horas após o recebimento, ao farmacêutico responsável pela CAF.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**CAPÍTULO XI  
DO BALANÇO DO ESTOQUE**

**Art. 53.** O balanço de estoque deverá ser mensal em todas as unidades de saúde via mapa, devendo ser realizado no final de cada mês.

**CAPÍTULO XII  
DOS MEDICAMENTOS COM PRAZO DE VALIDADE PRÓXIMO AO  
VENCIMENTO**

**Art. 54.** O controle da validade dos medicamentos da farmácia é de responsabilidade do profissional responsável pela farmácia.

**Art. 55.** Todo o medicamento que por ventura estiver com a data de validade próxima ao vencimento, e se dentro desse período não for utilizado pela Unidade de Saúde, deverá ser devolvido à CAF com um prazo mínimo de três meses antes do vencimento.

**CAPÍTULO XIII  
DO DESCARTE DE MEDICAMENTOS**

**Art. 56.** Constatando-se a existência de medicamentos vencidos, os mesmos deverão ser segregados dos demais conforme recomenda a RDC nº 222, de 28 de março de 2018, da Anvisa, sob as seguintes circunstâncias:

**I** - Mantenha em local segregado e sinalize mencionando "MEDICAMENTO VENCIDO";

**II** - Liste os medicamentos com nome genérico e nome do fabricante, quantidade, lote, data de validade;

**III** - Aguarde o recolhimento pela empresa responsável pelo gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**CAPÍTULO XIV**  
DO “SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO”

**Art. 57.** Fica criado no Município de Três Rios, o “Serviço de Cuidado Farmacêutico”, que tem por objetivo estimular o desenvolvimento dos atendimentos clínicos farmacêuticos na Atenção Básica, contribuindo com os melhores resultados em saúde da população, assim como, promover a ressignificação do papel do farmacêutico integrado à equipe de saúde.

**Art. 58.** O cuidado será realizado através de consultas individuais, e também através de visitas domiciliares e atividades de educação em saúde em conjunto com a equipe multidisciplinar.

**Art. 59.** O atendimento individual (consulta farmacêutica) deverá ser realizado em ambiente privado (consultório), onde serão ofertados os seguintes serviços:

- I** - Revisão da farmacoterapia;
- II** - Conciliação dos medicamentos;
- III** - Avaliação e promoção da adesão terapêutica;
- IV** - Aconselhamento ao usuário;
- V** - Acompanhamento dos resultados da farmacoterapia;



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**CAPÍTULO XV  
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**Art. 60.** Cada Unidade de Saúde deverá manter, para consulta, uma pasta com informações da farmácia que contenha:

**I** - Guia de entrada de medicamentos (CAF);

**II** - Planilhas do controle diário de temperatura (geladeira) e mapas de medicamentos;

**III** - Cópias de todos os memorandos referentes ao serviço da farmácia (referentes à destinação de medicamentos vencidos), por um período mínimo de 2 (dois) anos;

**IV** - Informativos sobre medicamentos e Assistência Farmacêutica (Instrução Normativa, REMUME, Formulários de Pedidos de Medicamentos, etc).

**Art. 61.** Recomenda-se que o serviço de farmácia na rede municipal tenha condições de regularidade, continuidade, eficiência, segurança e cortesia, e para isto a composição das equipes atuantes nas farmácias devem possuir quantitativos ideais de recursos humanos para o pleno funcionamento, de acordo com o porte de cada unidade.

**Art. 62.** A Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil incentivará a melhoria contínua da Assistência Farmacêutica no Município, por meio do incentivo a realização de atividades de formação em graduação, pós-graduação, mestrado, ensino e pesquisa aos profissionais relacionados a Assistência Farmacêutica.

**Art. 63.** Recomenda-se a utilização de instrumentos (folders, resumos, informativos) sobre uso racional de medicamentos, a fim de facilitar a conduta dos profissionais de nível médio durante o atendimento.

**Art. 64.** O gerente da Unidade de Saúde é o responsável por fazer cumprir as disposições deste Decreto.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**Art. 65.** O receituário padrão a ser utilizado pelas Unidades de Saúde do Município de Três Rios será conforme o Anexo IV, deste Decreto.

**Parágrafo único.** Os modelos de receituários e de notificação de receita para os demais medicamentos sujeitos a controle especial devem atender à legislação específica.

**Art. 66.** É proibida a dispensa de medicamento cuja receita não obedeça ao disposto nesta Portaria, independente da origem da receita.

**Art. 67.** Este Decreto está em consonância com a Resolução CFF nº 711, de 21 de julho de 2021, do Conselho Federal de Farmácia, que dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares; com a Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998, da Anvisa, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial; com a Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica; e com a Resolução RDC nº 20, de 5 de maio de 2011, da Diretoria Colegiada da Anvisa, que dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isolado ou em associação, entre outras.

**Art. 68.** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se todas as disposições em contrário, em especial a Portaria SMS/GP nº 544, de 16 de novembro de 2009, na íntegra.

Três Rios, 12 de setembro de 2022.

***Joacir Barbaglio Pereira***  
Prefeito



## PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS – RJ

### ANEXO I LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO

SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	Secretaria de Estado da Saúde	
<b>COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b>					
<b>LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)</b>					
<b>SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)</b>					
<b>CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE</b>					
1- Número do CNES*		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante			
3- Nome completo do Paciente*			5- Peso do paciente* kg		
4- Nome da Mãe do Paciente*			6- Altura do paciente* cm		
7. Medicamento(s)*			8- Quantidade solicitada*		
			1º mês	2º mês	3º mês
1					
2					
3					
4					
5					
9- CID-10*		10- Diagnóstico			
11- Anamnese*					
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*					
<input type="checkbox"/> SIM. Relatar:					
<input type="checkbox"/> NÃO					
<b>13- Atestado de capacidade*</b>					
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?					
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento					
Nome do responsável					
14- Nome do médico solicitante*			17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*			16- Data da solicitação*		
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante					
<input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF _____					
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*			20- Telefone(s) para contato do paciente		
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela					
<input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____					
<input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação					
21- Número do documento do paciente			23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*		
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS _____					
22- Correio eletrônico do paciente					

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
 DE TRÊS RIOS – RJ**

**ANEXO II  
 FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS  
 ANTIRRETROVIRAIS**

Formulário de Solicitação de Medicamentos

1 - Nome do usuário (No caso de Recém-Nascido informe o nome da mãe)																																																																																																																	
2 - Nº de Prontuário		3 - Este formulário vale para: <input type="checkbox"/> 1 dispensa de 30 dias <input type="checkbox"/> 2 dispensas de 30 dias <input type="checkbox"/> 1 dispensa de 60 dias <input type="checkbox"/> 1 dispensa de 90 dias																																																																																																															
Obs: Conforme disponibilidade de estoque da farmácia.																																																																																																																	
4 - Categoria do Usuário		5 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV)																																																																																																															
<input type="checkbox"/> Gestante HIV+ <input type="checkbox"/> Recém-nascido de mãe HIV+ <input type="checkbox"/> Parturiente <input type="checkbox"/> HIV/AIDS - Adulto <input type="checkbox"/> HIV/AIDS - Criança		<input type="checkbox"/> Falha clínica <input type="checkbox"/> Falha Viroológica <input type="checkbox"/> Falta de medicamento <input type="checkbox"/> Coinfecção com tuberculose <input type="checkbox"/> Gestação (contra-indicação do esquema ARV em uso) <input type="checkbox"/> Reação(ões) adversa(s) a (os) ARV: sigla(s) do(s) medicamento(s) _____ <input type="checkbox"/> Outro - especificar: _____																																																																																																															
- Profilaxia Pós-exposição <input type="checkbox"/> Ocupacional <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Exposição Sexual Ocasional <input type="checkbox"/> Reprodução <input type="checkbox"/> Outros _____ Data da exposição _____ Nº de dias para dispensa: _____		6 - Início de Tratamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim    7 - Peso ( ) 35 kilos ou + ( ) - de 35 kilos 8 - Genotipagem: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim    9 - Data de Nascimento da Parturiente/Mãe do RN/Exposto _____																																																																																																															
10 - Esquema de terapia inicial de 1ª linha para pacientes virgens de tratamento e com peso ≥ 35 kg: <input type="checkbox"/> TDF +3TC + EFZ		11 - Esquema de terapia inicial de 1ª linha para pacientes pediátricos virgens de tratamento e com peso < 35 kg: NVP: Crianças < 3 anos    EFZ: Crianças ≥ 3 anos <input type="checkbox"/> AZT +3TC + ITRNN																																																																																																															
12 - Para contra-indicação do esquema de 1ª linha para início de terapia, ver detalhamento no verso e justificar abaixo:																																																																																																																	
13 - Retirar medicamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																																																																																																																	
14 - Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/ml que deve ser usada diariamente)																																																																																																																	
Para uso de farmácia	ANTIRRETROVIRAL	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Abacavir - ABC</td> <td>comp. de 300mg / dia</td> <td>_____</td> <td>ml. de sol. oral 20mg/mL / dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Amprenavir - APV</td> <td>ml. de sol. oral 15mg/mL / dia</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Atazanavir - ATV</td> <td>caps. de 200mg / dia</td> <td>_____</td> <td>caps. de 300 mg / dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Darunavir - DRV</td> <td>comp. de 300mg / dia</td> <td>_____</td> <td>comp. de 150mg / dia    comp. de 75mg / dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Didanosina - ddI</td> <td>caps. de 250mg / dia</td> <td>_____</td> <td>ml. de sol. oral de 10mg/mL / dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Efavirenz - EFZ</td> <td>comp. de 600 mg / dia</td> <td>_____</td> <td>caps. de 200 mg / dia    ml. de sol. oral 30 mg/mL / dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Enfuvirtida - T-20</td> <td>frascos-amp. de 90 mg/mL / dia</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Estavudina - d4T</td> <td></td> <td>_____</td> <td>ml. de sol. oral 1mg/mL / dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Etravirina - ETR</td> <td>comp. de 100mg / dia</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Fosamprenavir - FPV</td> <td>comp. de 700mg / dia</td> <td>_____</td> <td>ml. de suspensão oral 50mg/mL / dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Lamivudina - 3TC</td> <td>comp. de 150mg / dia</td> <td>_____</td> <td>ml. de sol. oral 10mg/mL / dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Lopinavir + ritonavir - LPV/r</td> <td>comp. de 200mg + 50 mg / dia</td> <td>_____</td> <td>Comp. de 100mg + 25mg / dia    ml. de sol. oral 80mg/mL + 20mg/mL / dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Maraviroque - MVQ</td> <td>comp. de 150mg / dia</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Nevirapina - NVP</td> <td>comp. de 200mg / dia</td> <td>_____</td> <td>ml. de suspensão oral 10mg/mL / dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Raltegravir - RAL</td> <td>comp. de 400 mg / dia</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Ritonavir - RTV</td> <td>caps. de 100mg / dia</td> <td>_____</td> <td>ml. de sol. oral 80mg/mL / dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Saquinavir - SQV</td> <td>caps. mole de 200mg / dia</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Tenofovir - TDF</td> <td>comp. de 300 mg / dia</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz - TDF+3TC+EFZ</td> <td>comp. de 300mg + 300mg + 600mg / dia</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Tipranavir (TPV)</td> <td>caps. de 250mg / dia</td> <td>_____</td> <td>ml. de sol. oral 100mg/mL / dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Zidovudina+Lamivudina - AZT + 3TC</td> <td>comp. de 300mg + 150mg / dia</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Zidovudina - AZT</td> <td>caps. de 100mg / dia</td> <td>_____</td> <td>Solução injetável 10 mg/mL / dia    ml. de sol. oral 10mg/mL / dia</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Abacavir - ABC	comp. de 300mg / dia	_____	ml. de sol. oral 20mg/mL / dia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Amprenavir - APV	ml. de sol. oral 15mg/mL / dia	_____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Atazanavir - ATV	caps. de 200mg / dia	_____	caps. de 300 mg / dia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Darunavir - DRV	comp. de 300mg / dia	_____	comp. de 150mg / dia    comp. de 75mg / dia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Didanosina - ddI	caps. de 250mg / dia	_____	ml. de sol. oral de 10mg/mL / dia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Efavirenz - EFZ	comp. de 600 mg / dia	_____	caps. de 200 mg / dia    ml. de sol. oral 30 mg/mL / dia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Enfuvirtida - T-20	frascos-amp. de 90 mg/mL / dia	_____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estavudina - d4T		_____	ml. de sol. oral 1mg/mL / dia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Etravirina - ETR	comp. de 100mg / dia	_____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Fosamprenavir - FPV	comp. de 700mg / dia	_____	ml. de suspensão oral 50mg/mL / dia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Lamivudina - 3TC	comp. de 150mg / dia	_____	ml. de sol. oral 10mg/mL / dia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Lopinavir + ritonavir - LPV/r	comp. de 200mg + 50 mg / dia	_____	Comp. de 100mg + 25mg / dia    ml. de sol. oral 80mg/mL + 20mg/mL / dia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Maraviroque - MVQ	comp. de 150mg / dia	_____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nevirapina - NVP	comp. de 200mg / dia	_____	ml. de suspensão oral 10mg/mL / dia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Raltegravir - RAL	comp. de 400 mg / dia	_____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Ritonavir - RTV	caps. de 100mg / dia	_____	ml. de sol. oral 80mg/mL / dia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Saquinavir - SQV	caps. mole de 200mg / dia	_____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tenofovir - TDF	comp. de 300 mg / dia	_____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz - TDF+3TC+EFZ	comp. de 300mg + 300mg + 600mg / dia	_____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipranavir (TPV)	caps. de 250mg / dia	_____	ml. de sol. oral 100mg/mL / dia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Zidovudina+Lamivudina - AZT + 3TC	comp. de 300mg + 150mg / dia	_____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Zidovudina - AZT	caps. de 100mg / dia	_____	Solução injetável 10 mg/mL / dia    ml. de sol. oral 10mg/mL / dia
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Abacavir - ABC	comp. de 300mg / dia	_____	ml. de sol. oral 20mg/mL / dia																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Amprenavir - APV	ml. de sol. oral 15mg/mL / dia	_____																																																																																																														
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Atazanavir - ATV	caps. de 200mg / dia	_____	caps. de 300 mg / dia																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Darunavir - DRV	comp. de 300mg / dia	_____	comp. de 150mg / dia    comp. de 75mg / dia																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Didanosina - ddI	caps. de 250mg / dia	_____	ml. de sol. oral de 10mg/mL / dia																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Efavirenz - EFZ	comp. de 600 mg / dia	_____	caps. de 200 mg / dia    ml. de sol. oral 30 mg/mL / dia																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Enfuvirtida - T-20	frascos-amp. de 90 mg/mL / dia	_____																																																																																																														
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estavudina - d4T		_____	ml. de sol. oral 1mg/mL / dia																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Etravirina - ETR	comp. de 100mg / dia	_____																																																																																																														
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Fosamprenavir - FPV	comp. de 700mg / dia	_____	ml. de suspensão oral 50mg/mL / dia																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Lamivudina - 3TC	comp. de 150mg / dia	_____	ml. de sol. oral 10mg/mL / dia																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Lopinavir + ritonavir - LPV/r	comp. de 200mg + 50 mg / dia	_____	Comp. de 100mg + 25mg / dia    ml. de sol. oral 80mg/mL + 20mg/mL / dia																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Maraviroque - MVQ	comp. de 150mg / dia	_____																																																																																																														
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nevirapina - NVP	comp. de 200mg / dia	_____	ml. de suspensão oral 10mg/mL / dia																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Raltegravir - RAL	comp. de 400 mg / dia	_____																																																																																																														
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Ritonavir - RTV	caps. de 100mg / dia	_____	ml. de sol. oral 80mg/mL / dia																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Saquinavir - SQV	caps. mole de 200mg / dia	_____																																																																																																														
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tenofovir - TDF	comp. de 300 mg / dia	_____																																																																																																														
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz - TDF+3TC+EFZ	comp. de 300mg + 300mg + 600mg / dia	_____																																																																																																														
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipranavir (TPV)	caps. de 250mg / dia	_____	ml. de sol. oral 100mg/mL / dia																																																																																																													
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Zidovudina+Lamivudina - AZT + 3TC	comp. de 300mg + 150mg / dia	_____																																																																																																														
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Zidovudina - AZT	caps. de 100mg / dia	_____	Solução injetável 10 mg/mL / dia    ml. de sol. oral 10mg/mL / dia																																																																																																													
Para uso em IP	ANTIRRETROVIRAL	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Etambutol - E</td> <td>comp. de 400mg / dia</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Isoniazida - H</td> <td>comp. de 100mg / dia</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Pirazinamida - PZA</td> <td>comp. de 500mg / dia</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Rifabutin - RFB</td> <td>caps. de 150mg / dia</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Rifampicina - R</td> <td>caps. de 300mg / dia</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Rifampicina+isoniazida - RH</td> <td>comp. de 150mg+75mg / dia</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Rifampicina+isoniazida+Pirazinamida+Etambutol - RHIZ</td> <td>comp. de 150mg+75mg+400mg+225mg / dia</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> </table> Em esquema com IP deverá ser utilizado RIFABUTINA, ao invés de Rifampicina		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Etambutol - E	comp. de 400mg / dia	_____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Isoniazida - H	comp. de 100mg / dia	_____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pirazinamida - PZA	comp. de 500mg / dia	_____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Rifabutin - RFB	caps. de 150mg / dia	_____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Rifampicina - R	caps. de 300mg / dia	_____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Rifampicina+isoniazida - RH	comp. de 150mg+75mg / dia	_____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Rifampicina+isoniazida+Pirazinamida+Etambutol - RHIZ	comp. de 150mg+75mg+400mg+225mg / dia	_____																																																																												
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Etambutol - E	comp. de 400mg / dia	_____																																																																																																														
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Isoniazida - H	comp. de 100mg / dia	_____																																																																																																														
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pirazinamida - PZA	comp. de 500mg / dia	_____																																																																																																														
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Rifabutin - RFB	caps. de 150mg / dia	_____																																																																																																														
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Rifampicina - R	caps. de 300mg / dia	_____																																																																																																														
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Rifampicina+isoniazida - RH	comp. de 150mg+75mg / dia	_____																																																																																																														
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Rifampicina+isoniazida+Pirazinamida+Etambutol - RHIZ	comp. de 150mg+75mg+400mg+225mg / dia	_____																																																																																																														
16 - Médico Data _____ CRM: _____ (carimbo e assinatura)		17 - Farmacêutico responsável Data _____ CRF: _____ (carimbo e assinatura)																																																																																																															
18 - 1ª dispensa - Recebi em _____ (assinatura do usuário)		18 - 2ª dispensa - Recebi em _____ (assinatura do usuário)																																																																																																															
Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da Port. 344, de 12 de maio de 1998, ANVISA / MS, publicada no D.O.U. de 19 de maio de 1998.																																																																																																																	



## PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS – RJ

### ORIENTAÇÕES GERAIS

1. Preencher o formulário a caneta azul e em letra de forma legível, dentro do espaço das lacunas. Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da Port. 344, de 12 de maio de 1998, ANVISA / MS, publicada no D.O.U de 19 de maio de 1998.
2. A prescrição de medicamentos a base de substâncias anti-retrovirais (lista "C4"), só poderá ser feita por médico e será aviada ou dispensada nas farmácias do Sistema Único de Saúde, em formulário próprio estabelecido pelo Departamento de DST/AIDS, onde a receita ficará retida. Ao paciente, deverá ser entregue um receituário médico com informações sobre seu tratamento.  
**ATENÇÃO: Cada usuário pode cadastrar-se em apenas uma unidade de saúde. Escolha a que for mais conveniente para você. "O CADASTRAMENTO EM MAIS DE UMA UNIDADE SERÁ DETECTADO PELO SISTEMA E PODERÁ RESULTAR NA INTERRUPÇÃO DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS".**

Versão Junho – 2014

### DETALHAMENTO DOS CAMPOS

- 01 - Nome Completo do Usuário:** Nome completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.
- 02 - Número de Prontuário:** Número do Prontuário do Usuário SUS.
- 03 - Este formulário vale para:** Para 1 dispensa de 30 dias ou para 2 dispensas de 30 dias ou 1 dispensa de 60 dias ou 1 dispensa de 90 dias. O formulário poderá valer para duas dispensas em meses subsequentes quando selecionado 2 dispensas de 30 dias.
- 04 - Categoria de Usuário:** GESTANTE HIV+; RN de mãe HIV+; PARTURIENTE, AÍDS ADULTO E CRIANÇA; EXPOSIÇÃO (OCUPACIONAL, VIOLÊNCIA SEXUAL, EXPOSIÇÃO SEXUAL OCASIONAL, FINS REPRODUTIVOS E OUTROS). No caso da gestante HIV+ informar as semanas de gestação referida pela mulher. No caso das exposições informar data da exposição e o número de dia para dispensa.
- 05 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral:** Toda mudança de tratamento deverá possuir uma justificativa. Poderá ser: Falha clínica, Falha virológica, Coinfecção com tuberculose, Gestação, Reações adversas e Outros.
- Número de dias para dispensa de exposição:** Para todas as exposições é obrigatório o preenchimento da quantidade de dias de tratamento.
- 06 - Início de tratamento?** Corresponde ao Usuário SUS Adulto com Aids/oriãça e Gestantes HIV+ que iniciaram tratamento ARV no referido mês. Neste caso não considerar parturientes e exposições como início de tratamento, visto não terem sua soropositividade confirmada e não serem considerados usuários cadastrados no sistema.
- 07 - Peso:** Peso do usuário SUS.
- 08 - Genotipagem:** Se o esquema do usuário SUS for orientado por genotipagem deverá ser marcado para liberar as críticas do consenso.
- 09 - Data de Nascimento:** Informar a data de nascimento da parturiente não cadastrada, da mãe do RN e do exposto (todos os tipos de exposição deverá ser informada a data de nascimento).
- 10 e 11 - Casos Excepcionais:** Para os casos de indivíduos com peso maior ou igual a 35 kg em que o esquema TDF + 3TC + EFZ (OU Nevirapina - 1ª OPÇÃO AO EFZ) esteja contraindicado, deve-se proceder da seguinte maneira:

#### Contra-indicação ao uso do TDF:

	Utilizar	Situação
1ª opção	AZT	Contraindicação ao TDF
2ª opção	ABC	Contraindicação ao TDF e AZT
3ª opção	ddl	Contraindicação ao TDF, AZT e ABC

#### Contra-indicação ao uso do EFZ:

	Utilizar	Situação
1ª opção	NVP	Contraindicação ao EFZ
2ª opção	LPV/r	Contraindicação ao EFZ e NVP
3ª opção	ATV/r (a partir de 6 anos)	Contraindicação ao EFZ, NVP e LPV/r
4ª opção	FPV/r (a partir de 2 anos)	Contraindicação ao EFZ, NVP, LPV/r e ATV/r

A dispensação de AZT, ABC, ddl, ATV/r e FPV/r está condicionada ao fornecimento de justificativas relativas às situações de contraindicação.

- 12 - Para contraindicação CLÍNICALABORATORIAL do esquema de 1ª linha para início de terapia, ver detalhamento no verso e justificar abaixo:** Para esquemas iniciais diferentes do preconizado, o médico deverá justificar
- 13 - Retirou o medicamento:** O responsável pela dispensação deverá informar se o Usuário SUS retirou o medicamento. O preenchimento desse campo é importante para a construção do Mapa mensal e o do Boletim Mensal para Avaliação do uso do medicamento.
- 14 - Medicamentos - Antirretroviral:** Lista dos medicamentos oferecida pelo SUS para a dispensação de ARV. O Médico deverá informa a quantidade prescrita por dia ao usuário.
- 15 - Medicamentos - Tuberculostático:** Medicamento tuberculostático dispensado para coinfecção TB + HIV/AIDS.
- 16 - Médico:** Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.
- 17 - Farmacêutico responsável:** Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensa. No caso do formulário ser válido para duas dispensas o farmacêutico responsável pela dispensa deverá assinar em cada dispensa.
- 18 - Dispensa:** Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa. No caso do formulário ser válido para duas dispensas, o usuário deverá assinar duas vezes o formulário, sendo uma em cada dispensa.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO  
DE TRÊS RIOS – RJ**

**ANEXO III**  
**FORMULÁRIO DE COMUNICADO AO PRESCRITOR**

- Formulário de comunicado ao Prescritor

	SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
	Unidade: _____ Endereço: _____ _____ _____

**FORMULÁRIO DE COMUNICADO AO PRESCRITOR**

Prezado(a) prescritor(a):

Esta receita está em desacordo com a Portaria SMS.G 82/2015, a Portaria SVS-MS 344/98 e a RDC Anvisa 20/2011 e suas atualizações. Pedimos a gentileza de considerar as observações assinaladas abaixo que estão em desacordo com esta portaria:

- Não consta data de emissão
- Não consta dosagem ou Concentração
- Não consta duração do tratamento
- Não consta o endereço do paciente (Portaria 344/98)
- Não consta a forma farmacêutica
- Não consta a identificação da Unidade emitente
- Não consta a identificação do prescritor
- Prescrição ilegível
- Medicamento não consta na Remume
- Não consta formulário de Medicamento sob protocolo
- Não consta denominação genérica
- Notificação desacompanhada de receita (Port. 344/98)
- Não consta a posologia
- Prescrição com rasura e/ou emendas
- Validade da receita expirada

Obs: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nome do dispensador: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_





## PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS – RJ

### Receituário de Notificação B2

<b>NOTIFICAÇÃO DA RECEITA</b>		<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>		<b>Medicamento ou Substância</b>	
UF	NÚMERO				
	<b>B2</b>			<b>Quantidade e Forma Farmacêutica</b>	
				<b>Dose por Unidade Posológica</b>	
do de		Paciente:			
		Endereço:		<b>Posologia</b>	
Assinatura do Emitente					
<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b>			<b>CARIMBO DO FORNECEDOR</b>		
Nome:					
Endereço:					
Telefone:					
Identidade N°:			Nome do Vendedor		
Órgão Emissor:			Data		
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC			Numeração desta Impressão de _____ a _____		

### Receituário de Notificação B

<b>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA</b>		<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>		<b>Medicamento ou Substância</b>	
UF	NÚMERO				
	<b>B</b>			<b>Quantidade e Forma Farmacêutica</b>	
				<b>Dose por Unidade Posológica</b>	
do de		Paciente:			
		Endereço:		<b>Posologia</b>	
Assinatura do Emitente					
<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b>			<b>CARIMBO DO FORNECEDOR</b>		
Nome:					
Endereço:					
Telefone:					
Identidade N°:			Nome do Vendedor		
Órgão Emissor:			Data		
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC			Numeração desta Impressão de _____ a _____		



## PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS – RJ

### Receituário de Notificação A

<b>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA</b> UF _____ NÚMERO _____ <b>A</b> Data ____ de ____ de ____ Assinatura do Emissor _____	<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b> Paciente _____ Endereço _____	<b>ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA</b> Nome: _____ Quantidade e Apresentação _____ Forma Farm. Concent. Unid. Posologia _____
<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b> Nome: _____ Endereço: _____ Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____		<b>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</b> Nome _____ Data ____/____/____

Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC

### Receituário de Notificação de Retinóides

<b>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL RETINÓIDES (Retinóides Sintéticos) (Prescrição Semelhante à Colesterol)</b> UF _____ NÚMERO _____ Data ____ de ____ de ____ Assinatura _____	<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b> Paciente _____ Estado _____ Sexo _____ Prescrição inicial <input type="checkbox"/> Subsequente <input type="checkbox"/> Endereço _____	<b>ESPECIALIDADE / SUBSTÂNCIA</b> Nome _____ <input type="checkbox"/> Isotretinoína <input type="checkbox"/> Tretinoína <input type="checkbox"/> Acetato Forma _____  ATENÇÃO: PRECISÃO: Usar de grande cuidado no uso, por irritar, se aplicar no couro cabeludo ou em outros locais do face.
<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b> Nome _____ Endereço: _____ Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____		<b>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</b> Nome _____ Data ____/____/____

Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC

Numeração desta receita de \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_

© 2005 P. 100 Farmacêutica P. 100 Marketing

**DECRETO N° 6.909, DE 1º DE SETEMBRO DE 2022.**

***Institui o Comitê de Governança e Gestão (CGG) para aplicação do Modelo de Governança e Gestão (Gestão.Gov.Br) no Município de Três Rios, e dá outras providências.***

O **PREFEITO DO MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS**, no uso de suas atribuições legais, especialmente das que lhe são conferidas pelo inciso I, do art. 43, e inciso II, do art. 135, da Lei Orgânica do Município;

**CONSIDERANDO** o contido na Instrução Normativa SEGES/ME nº 19, de 4 de abril de 2022, do Ministério da Economia, que dispõe sobre critérios de excelência para instituir o Modelo de Governança e Gestão (Gestão.Gov.Br), tendo como objetivos elevar o nível de maturidade das práticas de governança e gestão no âmbito dos órgãos e entidades que operacionalizam parcerias por meio da Plataforma +Brasil e aprimorar a efetividade na entrega de valor público à sociedade brasileira;

**CONSIDERANDO** que o Modelo de Governança e Gestão (Gestão.Gov.Br) a ser implantado é um sistema composto por sete partes integradas e interconectadas que servirá para orientar a adoção de práticas de excelência em gestão, com o objetivo de elevar os padrões de desempenho e qualidade das organizações públicas brasileiras;

**CONSIDERANDO** os princípios constitucionais específicos para a administração estabelecidos no art. 37, da Constituição da República Federativa do Brasil: “administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência”;

**CONSIDERANDO** que para aplicação do Gestão.Gov.Br, as organizações deverão constituir o Comitê de Governança e Gestão para aplicação do Instrumento de Melhoria da Gestão das Transferências da União; e

**CONSIDERANDO** que, inicialmente, o Comitê de Governança e Gestão (CGG) ora instituído pelo Decreto nº 6.647, de 30 de agosto de 2021, nesta, para implantação do Modelo de Excelência em Gestão das Transferências da União (MEG-Tr), passa a assumir, substitutivamente, através do presente instrumento, à aplicação do Modelo de Governança e Gestão (Gestão.Gov.Br) no Município de Três Rios, para fins de atendimento à Instrução Normativa SEGES/ME nº 19, de 4 de abril de 2022, do Ministério da Economia.

**DECRETA:**

**CAPÍTULO I**

**DA INSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE GOVERNANÇA E GESTÃO**

**Art. 1º** Fica instituído, na Prefeitura do Município de Três Rios, o Comitê de Governança e Gestão (CGG) para a aplicação do Modelo de Governança e Gestão (Gestão.Gov.Br), no âmbito dos órgãos e entidades que compõe o Poder Executivo Municipal que operacionalizam as transferências da União.

**Parágrafo único.** O Comitê de Governança e Gestão (CGG) do Poder Executivo do Município – instância colegiada de natureza consultiva – atuará em temas de governança pública e na implementação do Modelo de Governança e Gestão (Gestão.Gov.Br), bem como dentre outros temas eventualmente atribuídos.

**CAPÍTULO II  
DAS DEFINIÇÕES**

**Art. 2º** Para fins deste Decreto, considera-se:

**I** - Governança Pública: conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade;

**II** - Modelo de Gestão: metodologia para a avaliação do nível de maturidade da gestão da organização, buscando obter a melhor relação entre recurso público, ação e resultado por meio de atividades relacionadas ao gerenciamento do que precisa ser feito;

**III** - Agente de Governança e Gestão: servidor designado formalmente para atuar em sua unidade, nos termos deste Decreto e demais expedientes administrativos vindouros, dedicado à condução das políticas, orientações e diretrizes estabelecidas pelo Comitê de Governança e Gestão (CGG).

**CAPÍTULO III**

**DA COMPOSIÇÃO DO COMITÊ DE GOVERNANÇA E GESTÃO**

**Art. 3º** Os servidores que irão compor o Comitê de Governança e Gestão (CGG) serão indicados por Decreto que os designe, sob gestão da Controladoria-Geral do Município.

**§1º** Na ausência do servidor designado para presidir o Comitê de Governança e Gestão (CGG), este será coordenado por membro por ele designado.

**§2º** Poderão ser convidados a participar de reuniões do Comitê de Governança e Gestão (CGG) representantes designados pelos órgãos e entidades da Administração Direta e Indireta, bem como especialistas nos temas de interesse.

**CAPÍTULO IV**

**DAS COMPETÊNCIAS DO COMITÊ DE GESTÃO E GOVERNANÇA**

**Art. 4º** Compete ao Comitê de Governança e Gestão (CGG):

**I** - Assessorar o Prefeito Municipal e os dirigentes municipais na condução da política de governança;

**II** - Propor medidas, mecanismos e práticas organizacionais para o atendimento aos princípios e às diretrizes de governança pública;

**III** - Propor normativos e manuais com medidas, mecanismos e práticas organizacionais que contribuam para a implementação dos princípios e das diretrizes de governança pública;

**IV** - Analisar e propor medidas para garantia da coerência das práticas de gestão às políticas públicas;

**V** - Incentivar e monitorar a aplicação das melhores práticas de governança no âmbito da administração pública municipal;

**VI** - Acompanhar a evolução da aplicação de suas recomendações e das iniciativas de aprimoramento da governança.

**Parágrafo único.** O Comitê de Governança e Gestão (CGG) elaborará atas das reuniões com a pauta abordada e os itens discutidos.

**Art. 5º** Os órgãos e entidades do Poder Executivo Municipal envolvidos na aplicação do Gestão.Gov.Br deverão designar responsáveis pela condução dos processos e das funções relacionadas aos objetivos da governança, da integridade corporativas e priorizar as atividades e demandas do Comitê de Governança e Gestão (CGG), bem como a produção de informações consolidadas e as estatísticas que alimentarão a base de dados para o aperfeiçoamento reiterado da gestão estratégica.

**Art. 6º** As demais atribuições do Comitê de Governança e Gestão (CGG) estão definidas no Projeto de Aplicação do Modelo de Governança e Gestão (Gestão.Gov.Br) e no Guia do Instrumento de Maturidade da Gestão (IMG 100 Pontos).

#### **CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**Art. 7º** Os membros que irão compor o Comitê de Gestão e Governança (CGG) poderão receber gratificação pelas suas atuações e pelo exercício de suas atividades, a ser estabelecida por Decreto que os designem.

**Art. 8º** Caberá à Controladoria-Geral do Município editar normativos próprios e específicos para garantir a eficiência do trabalho realizado pelo Comitê de Gestão e Governança (CGG) do Gestão.Gov.Br, bem como disciplinar os casos omissos e dirimir as dúvidas surgidas na aplicação deste Decreto.

**Art. 9º** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se todas as disposições em contrário, em especial o Decreto n° 6.647, de 30 de agosto de 2021.

Três Rios, 1º de setembro de 2022.

**Joacir Barbaglio Pereira**  
Prefeito

---

#### **DECRETO N° 6.910, DE 1º DE SETEMBRO DE 2022.**

**Designa membros para comporem o Comitê de Governança e Gestão (CGG) para aplicação do Modelo de Governança e Gestão (Gestão.Gov.Br) no Município de Três Rios, e dá outras providências.**

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS, no uso de suas atribuições legais, especialmente das que lhe são conferidas pelo inciso I, do art. 43, e inciso II, do art. 135, da Lei Orgânica do Município; e

**CONSIDERANDO** o Decreto n° 6.909, de 1º de setembro de 2022 – Institui o Comitê de Governança e Gestão (CGG) para aplicação do Modelo de Governança e Gestão (Gestão.Gov.Br) no Município de Três Rios, e dá outras providências.

#### **DECRETA:**

**Art. 1º** Ficam designados, nas suas respectivas funções, para comporem o Comitê de Governança e Gestão (CGG) para aplicação do Modelo de Governança e Gestão (Gestão.Gov.Br), os servidores abaixo relacionados:

- I** - Renata de Oliveira Pinto Ramos (Matr. 111.1028) – Presidente;
- II** - Jorge José dos Santos (Matr. 124.1980);
- III** - Simone Ferreira Cabral (Matr.111.933).
- IV** - Michelle Barros Franco (Matr. 124.1981);
- V** - Iuri de Oliveira Medeiros (Matr. 124.2061);
- VI** - Manuella Ramos Figueira (Matr. 124.3064);
- VII** - Amanda Sarkis Moor Santos Xavier (Matr. 111.625);
- VIII** - Carlos José Kling (Matr.111.1780);
- IX** - Marcus Vinícius Silva Xavier (Matr. 111.696);
- X** - Matheus Zanardi Nunes (Matr. 124.3050);
- XI** - Osmane Vieira Duarte (Matr. 111.2687);
- XII** - Samuel de Brito Rodrigues (Matr. 124.2953).

**Art. 2º** Os servidores designados para comporem o Comitê de Governança e Gestão (CGG) do Gestão.Gov.Br desempenharão suas atividades sem prejuízo das atribuições pertinentes ao cargo e função que ocupam, fazendo jus ao recebimento de gratificação mensal à título de "jeton" pelas suas atuações e pelo exercício de suas atividades, proporcional a 15 (quinze) UFMTR ao Presidente, e 12 (doze) UFMTR aos demais membros.

**Parágrafo único.** A investidura dos servidores designados será exercida pelo período que perdurar o processo de aplicação do Modelo de Governança e Gestão (Gestão.Gov.Br), levando em consideração o vultoso e complexo estoque de atividades a serem desempenhadas, bem como o tempo de trabalho a ser despendido.

**Art. 3º** O presente Decreto, inicialmente, permanecerá vigente pelo período de 2 (dois) anos, correspondendo a 1 (um) biênio, podendo ser prorrogado por iguais períodos.

**Art. 4º** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se todas as disposições em contrário.

Três Rios, 1º de setembro de 2022.

**Joacir Barbaglio Pereira**  
Prefeito

---

#### **DECRETO N° 6.912, DE 1º DE SETEMBRO DE 2022.**

**Regulamenta a Lei n° 4.921, de 9 de maio de 2022, que dispõe sobre o abono de penosidade a ser pago aos servidores da Rede de Urgência e Emergência integrados ao Sistema Único de Saúde Municipal, e dá outras providências.**

O **PREFEITO DO MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS**, no uso de suas atribuições legais, especialmente das que lhe são conferidas pelo inciso I, do art. 43, e inciso II, do art. 135, da Lei Orgânica do Município; e considerando o disposto na Lei n° 4.921, de 9 de maio de 2022.

**DECRETA:**

**Art. 1º** Aos servidores vinculados ao Sistema Único de Saúde, que efetivamente exercem suas atividades, em regime de plantão de 12 (doze) horas ou de 42 (vinte e quatro) horas, no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192), e sua Central de Regulação; Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Central de Regulação de Internações e Procedimentos; e ao Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), será concedido o adicional de penosidade na forma definida na Lei n° 4.921, de 9 de maio de 2022, e nas normas contidas neste Decreto.

**Art. 2º** O abono de penosidade será pago por plantão efetivamente prestado, a cada período de 12 (doze) horas ou 24 (vinte e quatro) horas, de acordo com a escala organizada pela respectiva unidade de urgência e emergência, observando-se o seguinte:

I - Profissionais com carga horária de 24 (vinte e quatro), 30 (trinta) e 40 (quarenta) horas semanais poderão realizar, em conformidade com a jornada de trabalho, o máximo de 10 (dez) plantões, sejam eles distribuídos entre 12 (doze) horas e 24 (vinte e quatro) horas;

II - Os plantões extras não serão cumulativos de horas extras com penosidades.

**Art. 3º** Os Coordenadores Administrativos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192), e sua Central de Regulação; da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), da Central de Regulação de Internações e Procedimentos; e do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), deverão encaminhar ao setor de pessoal da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, em planilha padronizada, a escala, bem como o número de plantões estabelecidos para cada integrante da equipe de emergência, responsabilizando-se pelas informações encaminhadas.

**§1º** A escala mencionada no *caput* poderá ser requisitada, quando necessária, pela Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos, para os controles específicos.

**§2º** O número de plantões mensais efetivamente prestados pelo servidor, deverá ser encaminhado, na data estabelecida, para o setor de pessoal da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC), responsável pelas anotações devidas no mapa de comparecimento mensal dos servidores lotados na própria (SMSDC).

**Art. 4º** Qualquer excedente ao limite de plantões estabelecidos pelo art. 2º deste Decreto deverá ser autorizado, em caráter excepcional, pelo Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil.

**Parágrafo único.** O pagamento dos adicionais excedentes só será efetivado com o encaminhamento à Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos, da autorização mencionada no *caput*, devidamente justificada.

**Art. 5º** É terminantemente proibida a constituição de Banco de Horas, a ultrapassagem do limite de plantões previstos por mês para realização do serviço extraordinário e a utilização do adicional de serviços extraordinários para compensação de realização de atividades, atribuição de responsabilidades ou qualquer outro motivo fora das especificações legais.

**Art. 6º** As concessões, tanto de serviço extraordinário quanto do adicional de penosidade fora das especificações legais não serão reconhecidas pela Secretaria de Saúde e Defesa Civil e Secretaria de Administração e Recursos Humanos, sendo de responsabilidade exclusiva das chefias imediatas que, responderão administrativamente pela inobservância do disposto nesse Decreto e na legislação vigente.

**Art. 7º** A Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil deverá adotar os procedimentos necessários ao rigoroso cumprimento do que preceitua o art. 6º da Lei n° 4.921/2022, no que tange a obrigatoriedade do efetivo cumprimento da escala de plantão.

**§1º** O servidor que deixar de comparecer ao serviço, ou atrasar-se, injustificadamente, além de não perceber a penosidade, terá sua conduta apurada em Processo Administrativo Disciplinar.

**§2º** O servidor que atrasar-se por mais de 15 (quinze) minutos e menos de 30 (trinta) minutos ao comparecimento de seu plantão, perderá 50% do abono de penosidade.

**§3º** O servidor que atrasar-se por mais de 30 (trinta) minutos, não receberá a penosidade do dia.

**§4º** As faltas ou atrasos injustificados serão objeto de Sindicância Administrativa, em conformidade com a Lei n° 1.385 de 23 de dezembro de 1980 (Estatuto dos Servidores Cíveis da PMTR).

**§5º** Os servidores lotados nas Unidades de Urgência e Emergência que percebam penosidade deverão comparecer à repartição nas horas de trabalho ordinário e nas extraordinárias, em reuniões de trabalho, quando convocados, ensejando a abertura de Sindicância no caso de faltas injustificadas.

**Art. 8º** A substituição que trata o art. 7º da Lei n° 4.921/2022, quando ocorrer a falta de algum profissional se dará da seguinte forma:

I - Na falta ou ausência de qualquer profissional, o Coordenador da Rede de Urgência poderá remanejar extraordinária e emergencialmente o pessoal, podendo o próprio Coordenador assumir a função do ausente, dentro da sua formação;

II - Somente o Secretário de Saúde e Defesa Civil poderá remanejar os profissionais que exercem suas atividades no âmbito da Secretaria de Saúde e Defesa Civil para os Setores da Rede de Urgência e Emergência;

III - Os coordenadores poderão assumir as funções dos ausentes, dentro da respectiva Coordenadoria, comunicando ao Coordenador da Rede de Urgência e Emergência, percebendo o valor da penosidade de acordo com a função exercida.

**Art. 9º** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se todas as disposições em contrário.

Três Rios, 1º de setembro de 2022.

**Joacir Barbaglio Pereira**  
Prefeito

**DECRETO N° 6.919 DE 9 DE SETEMBRO DE 2022.**

**Declara de Utilidade Pública, para fins de desapropriação, o domínio útil de terras localizado na Rua 15, nº 43, do Conjunto Habitacional Albuquerque Lima, destinado à construção de uma UBS no Bairro Palmital, e dá outras providências.**

O **PREFEITO DO MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS**, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo artigo 84, inciso IV da CR/88 e na Lei Orgânica do Município, com fulcro no Art. 5º, XXIV, da Constituição da República e o Decreto-Lei n° 3.365/41, de 21 de junho de 1941.

**DECRETA:**

**Art. 1º** – Fica declarado de utilidade pública, para fins de desapropriação, o domínio útil de uma área de terras localizada na Rua 15, n°. 43, Conjunto Habitacional Albuquerque Lima, o imóvel denominado casa Tipo VR-38-2, constituída de 02 quartos, cozinha e banheiro e o respectivo lote de terreno onde a mesma se encontra edificada, medindo 162,00m<sup>2</sup>, com as seguintes medidas e confrontações: 9,00m de frente, confrontando com a Rua 15; 9,00m de fundos, confrontando com o canal existente; pelo lado esquerdo com 18,00m, confrontando com o lote n°. 6 e finalmente pelo lado direito, com 18,00m, confrontando com o lote n°. 8, conforme processo n°. 15.137, do Cartório do 3º Ofício da Comarca de Três Rios.

**Art. 2º** - O bem, ora declarado de utilidade pública para fins de desapropriação, será destinado à construção de uma Unidade Básica de Saúde – UBS no bairro Palmital, em Três Rios/RJ, de acordo com os termos constantes do Processo n°. 12.613/2022.

**Art. 3º** - A execução da desapropriação de que trata o presente Decreto poderá ser provida amigável ou judicialmente, ficando a Procuradoria Geral autorizada a executar as medidas necessárias à instituição da desapropriação prevista neste Decreto, abrindo-se para tanto, os créditos que se fizerem necessários.

**Parágrafo Único** – A presente desapropriação tem o caráter de urgência, nos termos do artigo 15 do Decreto-lei n. ° 3.365, de 21 de junho de 1941, alterado pela Lei n. ° 2.786, de 21 de maio de 1956.

**Art. 4º** - Os eventuais erros e omissões poderão ser devidamente sanados, corrigidos ou retificados quando da execução da desapropriação, seja esta consensual ou judicial.

**Art. 5º** - Ficam as autoridades administrativas municipais autorizadas, na forma do artigo 7º do Decreto-Lei n. ° 3.365/1941, a penetrar nos prédios compreendidos na presente declaração de utilidade pública para fins de desapropriação, podendo recorrer, em caso de oposição, ao auxílio de força policial.

**Art. 6º** - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 7º** - Revogam-se as disposições em contrário.

**Joacir Barbaglio Pereira**  
**Prefeito**



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE  
TRÊS RIOS - RJ**

**LEI N° 4997 DE 09 DE SETEMBRO DE 2022.**

***Autoriza a inclusão no orçamento vigente do Município de Três Rios de Crédito Adicional Suplementar no valor de R\$ 840.000,00 e dá outras providências.***

***A CÂMARA MUNICIPAL DE TRÊS RIOS DECRETA E EU SANCIONO A SEGUINTE LEI:***

***Art. 1º*** - Fica o Poder Executivo autorizado a incluir Crédito Adicional Suplementar no orçamento vigente do Município de Três Rios em conformidade ao disposto no inciso I, do artigo 41, combinados com os artigos 42 e 43 da Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964, no valor de R\$ 840.000,00 (oitocentos e quarenta mil reais), conforme Resolução SES 2726 de 11 de maio de 2022, referente ao PAHI – Programa de Apoio aos Hospitais do Interior.

***Art. 2º*** - O crédito adicional especial definido no artigo 1º terá a seguinte classificação orçamentária, Programa, Ação, Natureza de Despesa Orçamentária e Fonte de Recurso:

02.02.10 – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

10 - Saúde

00.302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial

00.000.2014 – Políticas Públicas de Atenção e Gestão à Saúde

00.000.0000.2255 – PAHI – Programa de Apoio aos Hospitais do Interior

Natureza de Despesa Orçamentária, Valor e Fonte de Recurso:

3.3.90.39.00 – Outros Serv. de Terceiros Pessoa Jurídica – R\$ 840.000,00

Fonte de Recurso – 084 – PAHI



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE  
TRÊS RIOS - RJ**

**Parágrafo Único** – Os recursos necessários à execução do disposto no *caput* deste artigo decorrem do repasse através do Fundo Estadual de Saúde, conforme Resolução SES nº 2726 de 11 de maio de 2022, referente ao PAHI – Programa de Apoio aos Hospitais do Interior.

**Art. 3º** - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 4º** - Ficam revogadas todas as disposições em contrário.

  
**Joacir Barbaglio Pereira**  
**Prefeito**



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE  
TRÊS RIOS - RJ**

**LEI Nº 4998 DE 09 DE SETEMBRO DE 2022.**

***Autoriza a inclusão no orçamento vigente do Município de Três Rios de Crédito Adicional Suplementar no valor de R\$ 195.418,07 e dá outras providências.***

***A CÂMARA MUNICIPAL DE TRÊS RIOS DECRETA E EU SANCIONO A SEGUINTE LEI:***

***Art. 1º*** - Fica o Poder Executivo autorizado a incluir Crédito Adicional Suplementar no orçamento vigente do Município de Três Rios em conformidade ao disposto no inciso I, do artigo 41, combinados com os artigos 42 e 43 da Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964, no valor de R\$ 195.418,07 (cento e noventa e cinco mil, quatrocentos e dezoito reais e sete centavos) referente a Rede Cegonha, conforme Resolução SES nº 2346 de 13 de julho de 2021, repasse através do Fundo Estadual de Saúde.

***Art. 2º*** - O crédito adicional especial definido no artigo 1º terá a seguinte classificação orçamentária, Programa, Ação, Natureza de Despesa Orçamentária e Fonte de Recurso:

02.02.10 – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

10 - Saúde

00.302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial

00.000.2014 – Políticas Públicas de Atenção e Gestão à Saúde

00.000.0000.2110 – Rede Cegonha

Natureza de Despesa Orçamentária, Valor e Fonte de Recurso:

3.3.90.39.00 – Outros Serv. de Terceiros Pessoa Jurídica – R\$ 195.418,07

Fonte de Recurso – 229 – Rede Cegonha



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE  
TRÊS RIOS - RJ**

**Parágrafo Único** – Os recursos necessários à execução do disposto no *caput* deste artigo decorrem do repasse através do Fundo Estadual de Saúde, conforme Resolução SES nº 2346 de 13 de julho de 2021, Rede Cegonha.

**Art. 3º** - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 4º** - Ficam revogadas todas as disposições em contrário.

  
**Joacir Barbaglio Pereira**  
**Prefeito**



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE  
TRÊS RIOS - RJ**

LEI N° 4999 DE 09 DE SETEMBRO DE 2022.

*Autoriza a inclusão no orçamento vigente do Município de Três Rios de Crédito Adicional Suplementar no valor de R\$ 367.160,00 e dá outras providências.*

**A CÂMARA MUNICIPAL DE TRÊS RIOS DECRETA E EU SANCIONO A SEGUINTE LEI:**

**Art. 1º** - Fica o Poder Executivo autorizado a incluir Crédito Adicional Suplementar no orçamento vigente do Município de Três Rios em conformidade ao disposto no inciso I, do artigo 41, combinados com os artigos 42 e 43 da Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964, no valor de R\$ 367.160,00 (trezentos e sessenta e sete mil e cento e sessenta reais) conforme Resolução SES nº 2690 de 08 de abril de 2022, referente a Cofinanciamento do tratamento de Terapia Renal Substitutiva.

**Art. 2º** - O crédito adicional especial definido no artigo 1º terá a seguinte classificação orçamentária, Programa, Ação, Natureza de Despesa Orçamentária e Fonte de Recurso:

02.02.10 – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

10 - Saúde

00.302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial

00.000.2014 – Políticas Públicas de Atenção e Gestão à Saúde

00.000.0000.2044 – Fundo de Ações Estratégicas e de Compensações FAEC

Natureza de Despesa Orçamentária, Valor e Fonte de Recurso:

3.3.90.39.00 – Outros Serv. de Terceiros Pessoa Jurídica – R\$ 367.160,00

Fonte de Recurso – 241 – CTRS - Cofinanciamento



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE  
TRÊS RIOS - RJ**

**Parágrafo Único** – Os recursos necessários à execução do disposto no *caput* deste artigo decorrem do repasse através do Fundo Estadual de Saúde, conforme Resolução SES nº 2690 de 08 de abril de 2022, referente a Cofinanciamento do tratamento de Terapia Renal Substitutiva.

**Art. 3º** - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 4º** - Ficam revogadas todas as disposições em contrário.

  
**Joacir Barbaglio Pereira**  
**Prefeito**



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE  
TRÊS RIOS - RJ**

LEI N° 5000 DE 09 DE SETEMBRO DE 2022.

*Abre Crédito Adicional Suplementar no orçamento vigente de Três Rios no valor de R\$ 1.098.576,00 e dá outras providências.*

**A CÂMARA MUNICIPAL DE TRÊS RIOS DECRETA E EU SANCIONO A SEGUINTE LEI:**

**Art. 1º** - Fica aberto no orçamento vigente do Município de Três Rios crédito adicional suplementar no valor de R\$ 1.098.576,00 (Um milhão, noventa e oito mil e quinhentos e setenta e seis reais).

**Parágrafo Único** – Os recursos necessários à execução do disposto no *caput* deste artigo, decorrerão em conformidade com o disposto na Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964, em seu artigo 43, parágrafo 1º, inciso I, do **superávit financeiro** apurado em balanço patrimonial do exercício anterior na fonte de recurso **008 – Cota Parte Salário Educação**.

**Art. 2º** - Em decorrência do crédito adicional suplementar ora aberto, ficam suplementadas no orçamento vigente as dotações abaixo discriminadas na seguinte classificação orçamentária, respectivamente: Órgão/Entidade, Função, Subfunção, Programa, Ação, Natureza de Despesa Orçamentária e Fonte de Recurso:

<b>Funcional Programática:</b>				
02.01.06	12.361.2015.2328	3.3.90.30.00	FR 008	R\$ 150.000,00
02.01.06	12.361.2015.2259	3.3.90.39.00	FR 008	R\$ 125.000,00
02.01.06	12.365.2015.2290	3.3.90.39.00	FR 008	R\$ 125.000,00
02.01.06	12.361.2015.2330	3.3.90.39.00	FR	R\$ 36.188,00



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE  
TRÊS RIOS - RJ**

			<b>008</b>	
<b>02.01.06</b>	<b>12.361.2015.2331</b>	<b>3.3.90.39.00</b>	<b>FR</b>	<b>R\$ 36.188,00</b>
			<b>008</b>	
<b>02.01.06</b>	<b>12.361.2015.2662</b>	<b>3.3.90.39.00</b>	<b>FR</b>	<b>R\$ 137.600,00</b>
			<b>008</b>	
<b>02.01.06</b>	<b>12.361.2015.2662</b>	<b>3.3.90.36.00</b>	<b>FR</b>	<b>R\$ 6.000,00</b>
			<b>008</b>	
<b>02.01.06</b>	<b>12.361.2015.2662</b>	<b>3.3.90.39.00</b>	<b>FR</b>	<b>R\$ 80.000,00</b>
			<b>008</b>	
<b>02.01.06</b>	<b>12.361.2015.2259</b>	<b>3.3.90.39.00</b>	<b>FR</b>	<b>R\$ 6.300,00</b>
			<b>008</b>	
<b>02.01.06</b>	<b>12.361.2015.2290</b>	<b>3.3.90.39.00</b>	<b>FR</b>	<b>R\$ 6.300,00</b>
			<b>008</b>	
<b>02.01.06</b>	<b>12.361.2015.2301</b>	<b>3.3.90.39.00</b>	<b>FR</b>	<b>R\$ 50.000,00</b>
			<b>008</b>	
<b>02.01.06</b>	<b>12.361.2015.2302</b>	<b>3.3.90.39.00</b>	<b>FR</b>	<b>R\$ 50.000,00</b>
			<b>008</b>	
<b>02.01.06</b>	<b>12.361.2015.2339</b>	<b>3.3.90.39.00</b>	<b>FR</b>	<b>R\$ 81.000,00</b>
			<b>008</b>	
<b>02.01.06</b>	<b>12.365.2015.2341</b>	<b>3.3.90.39.00</b>	<b>FR</b>	<b>R\$ 29.000,00</b>
			<b>008</b>	
<b>02.01.06</b>	<b>12.361.2015.2335</b>	<b>3.3.90.30.00</b>	<b>FR</b>	<b>R\$ 90.000,00</b>
			<b>008</b>	
<b>02.01.06</b>	<b>12.365.2015.2336</b>	<b>3.3.90.30.00</b>	<b>FR</b>	<b>R\$ 90.000,00</b>
			<b>008</b>	

**Órgão/Entidade:**

**02.01.06** – Secretaria Municipal de Educação, Ciência e Tecnologia

**Função:**

**12**- Educação

**Subfunção:**

**361** - Ensino Fundamental



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE  
TRÊS RIOS - RJ**

<b>365</b> – Educação Infantil
<b>Programa:</b>
<b>2015</b> – Educação em sua integralidade
<b>Ação (Projeto/Atividade):</b>
<b>2259</b> – Aluguel de Veículos – Ensino Fundamental
<b>2290</b> - Aluguel de Veículos – Educação Infantil
<b>2301</b> – Serviço de Limpeza e Conservação – Ensino Fundamental
<b>2302</b> – Serviço de Limpeza e Conservação – Educação Infantil
<b>2328</b> – Serviço de Manutenção e Reforma Prediais e Patrimoniais – Ensino Fundamental
<b>2330</b> – Serviço de Água, Telefonia, Copiadora, Câmera de Vigilância – Ensino Fundamental
<b>2331</b> – Serviço de Água, Telefonia, Copiadora, Câmera de Vigilância – Ensino Infantil
<b>2335</b> – Aquisição de Material de Limpeza – Ensino Fundamental
<b>2336</b> – Aquisição de Material de Limpeza – Educação Infantil
<b>2339</b> – Eventos do Calendário Escolar – Ensino Fundamental
<b>2341</b> – Eventos do Calendário Escolar – Educação Infantil
<b>2662</b> – Manutenção da Secretaria de Educação
<b>Elemento de Despesa:</b>
<b>3.3.90.30.00</b> – Material de Consumo
<b>3.3.90.36.00</b> – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física
<b>3.3.90.39.00</b> – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica
<b>008</b> – Cota Parte Salário Educação

**Art. 3º** - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 4º** - Ficam revogadas todas as disposições em contrário.

  
**Joacir Barbaglio Pereira**  
**Prefeito**