



D.O.M.

Estado do Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019. Secretaria de Comunicação

Diário Oficial do Município de Mangaratiba

Endereço: Praça Robert Simões, nº 92 - Centro - Mangaratiba - RJ
Telefone: (21) 2789 6000 • Site: <http://www.mangaratiba.rj.gov.br/novoportal>

PREFEITURA
MANGARATIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE COMUNICAÇÃO

Ano XV Edição Nº

1049

Itacuruçá tem sua Cantata de Natal

Evento foi realizado pelo Cras do distrito e contou com a presença de Papai Noel



O Cras de Itacuruçá realizou na noite de ontem, dia 18 de dezembro, sua Cantata de Natal. Nem a chuva atrapalhou o evento natalino que foi realizado na Praça Luiz Quatropani,

no Centro. O vice-prefeito, Chicão da Ilha, a secretária de Assistência Social e Direitos Humanos, Cecília Cabral e o coordenador do Cras, Sandro Correa prestigiaram a comemoração.

A Cantata contou com diversas apresentações, como do Coral Viva Voz, formado por integrantes da Terceira Idade do distrito, da Banda ECOM da Escola Caetano de Oliveira, dos alunos de

música do espaço e da Orquestra Jovem de Itaguaí. O evento ainda contou com a presença do bom velhinho, que foi acompanhado da Mamãe Noel, e distribuiu presentes para toda criança.



NATAL É TEMPO DE COMEMORAR
A VIDA, ESPALHAR O AMOR E
SEMEAR A ESPERANÇA.

Feliz Natal



EXECUTIVO			LEGISLATIVO
Prefeito Alan Campos da Costa	Secretário Municipal de Obras Planejamento e Urbanismo Marcio Souza Gomes	Secretário Municipal de Segurança, Trânsito e Ordem Pública Norberto Alexandre da Silva Marques Costa	Presidente Carlos Alberto Ferreira Graçano
Vice-Prefeito Alcimar Moreira Carvalho	Secretário Municipal de Serviços Públicos e Transportes Jeferson Teixeira Terra	Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil Sandra Castelo Branco Gomes	Vice Presidente Fernando Luiz Peixoto Freijanes
Chefe Geral do Gabinete do Prefeito e do Vice-Prefeito Braz Marcos da Silva Marques	Secretário Municipal de Fazenda Marcio Ferreira	Secretária Municipal de Educação Valdemar Alves Ribeiro Neto	2º Secretário Eduardo Ferreira Jordão
Secretário Municipal de Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento Econômico Pedro Luiz Petti Lemelle	Secretário Municipal de Finanças Luiz Cláudio de Souza Ribeiro	Secretário Municipal de Comunicação Antônio Carlos Aniceto	Vereadores: Carlos Alberto Ferreira Graçano Davi dos Santos Farias Eduardo Ferreira Jordão Emilson dos Santos Coelho Fernando Luiz Peixoto Freijanes Helder Rangel de Araújo Humberto Costa Nielson Kopke de Jesus Renato José Pereira Rodrigo Santos Bondim Rogerio Jordes Rômulo dos Santos Nogueira Wladimir da Conceição Pereira
Procurador Geral do Município Adilson Câmara	Secretário Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos Cecília Ribeiro Cabral	Presidente do Instituto José Miguel Ana Paula Soares Barcelos	
Secretária Municipal de Administração e Suprimentos Priscila Souza da Silva	Secretário Municipal de Meio Ambiente Antônio Marcos Barreto	Presidente da Fundação Mário Peixoto Elizabeth Antunes Moreira	
Controlador Geral do Município Luiz Carlos Gonçalves de Souza	Secretário Municipal de Agricultura e Pesca Roberto César Oliveira	Presidente do Instituto de Previdência dos Servidores Municipais de Mangaratiba Renan Fraga Oggioni	
	Secretário Municipal de Turismo, Cultura, Eventos, Esporte e Lazer Roberto Carlos de Assis Monsiores		



ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Prefeitura Municipal de Mangaratiba

Gabinete do Prefeito e do Vice Prefeito

DECRETO Nº 4.142, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2019.

**DISPÕE SOBRE A RELAÇÃO MUNICIPAL DE
MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME) E
DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.**

O **PREFEITO MUNICIPAL DE MANGARATIBA**, no uso das atribuições legais, e

CONSIDERANDO o Decreto n.º 7.508, de 28 de Junho de 2011, que regulamenta a Lei Federal n.º 8.080, de 19 de Setembro de 1990;

CONSIDERANDO a PORTARIA N.º 1.555, DE 30 DE JULHO DE 2013, que aprova as normas de financiamento e execução do componente Básico da Assistência Farmacêutica;

CONSIDERANDO a necessidade de promover o uso racional de medicamentos aos usuários do Sistema Único de Saúde, pelos prescritores e dispensadores;

CONSIDERANDO a necessidade de selecionar medicamentos de natureza essenciais, capazes de produzir resultados satisfatórios na maioria das doenças e agravos à saúde da população, baseado nos critérios de eficácia e eficiência;

CONSIDERANDO a necessidade de garantir assistência à saúde de forma integral e equânime, e;

CONSIDERANDO a relação de medicamentos proposta pela Comissão de Farmácia e Terapêutica municipal.

DECRETA:

Art. 1.º Aprovar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME, constante do ANEXO I, que reúne toda a relação de medicamentos padronizados e classificados como essenciais para a realização das ações e programas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo único. Os critérios adotados para seleção dos medicamentos são:

- I – com suficiente validade clínica, evidências científicas comprovadas e informações sobre uso e efeitos na população humana;
- II – maior cobertura sobre os problemas de saúde da população;
- III – composição conhecida, com somente um princípio ativo, excluindo-se, sempre que possível, associações farmacológicas;
- IV – medicamentos pelo nome do princípio ativo, conforme a Denominação Comum Brasileira (DCB);
- V – disponibilidade de informações sobre segurança, eficácia, biodisponibilidade e características farmacocinéticas;

**ESTADO DO RIO DE JANEIRO****Prefeitura Municipal de Mangaratiba****Gabinete do Prefeito e do Vice Prefeito**

VI – menor custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle, resguardada a sua qualidade;

VII – formas farmacêuticas, apresentações e dosagem, que garantam maior comodidade de administração para o usuário, faixa etária, facilidade no cálculo da dose a ser administrada e facilidade para fracionamento ou multiplicação de doses.

Art. 2.º Os medicamentos integrantes da REMUME estão listados em ordem alfabética, com descrição do grupo de ação farmacológica, dosagem, vinculação de programa/ação de saúde e especificação de dispensação.

Art. 3.º A REMUME poderá ser alterada a qualquer tempo através de sugestões devidamente registradas no **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO REMUME** (ANEXO II), obedecendo as necessidades das unidades de saúde e novas incorporações tecnológicas.

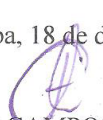
§ 1.º Para atualização da REMUME, o profissional deverá preencher o formulário citado no caput deste artigo, descrevendo as evidências clínicas e/ou econômicas que justifiquem a solicitação (eficácia, efeitos colaterais, contra-indicações, precauções, toxicidade, custo/benefício, custo médio do tratamento, aprovação do uso pela ANVISA e conselhos/sociedades profissionais).

§ 2.º A competência para autorização da atualização da REMUME é da Comissão de Farmácia e Terapêutica.

§ 3.º Fica estendido as disposições da REMUME, as fórmulas e suplementos alimentares de forma padronizada.

Art. 4.º Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Mangaratiba, 18 de dezembro de 2019.


ALAN CAMPOS DA COSTA
Prefeito Municipal



Prefeitura Municipal de Mangaratiba

Secretaria Municipal de Saúde

**Coordenação de Assistência Farmacêutica Comissão de Farmácia e
Terapêutica**

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS REMUME

2019

Mangaratiba

1º Edição



Relação Municipal de Medicamentos Essenciais - REMUME

Alan Campos da Costa
Prefeito

Sandra Castelo Branco Gomes
Secretária de Saúde

Coordenação de Assistência Farmacêutica
Rosana de Lara Castro

Organização e Coordenação Geral

Rosana de Lara Castro Farmacêutica –SMS

Simone Marriel Platino Farmacêutica-SMS

Equipe de Elaboração Técnica
Comissão de Farmácia e Terapêutica – SMS

Alessandra Rodrigues de Souza (Cirurgiã Dentista);
Elizangela Cruz(Nutricionista);
Ane Caroline Nascimento Cordeiro (enfermeira);
Guilherme Soares Cruz (médico);
Fabiana de Oliveira Araujo da Conceição (Administrativo);
Jefferson Luís Coelho Serpa (farmacêutico);
Allan Coelho Louzada (médico);
Rosana de Lara Castro (farmacêutica);
Simone Marriel Platina (farmacêutica);
Thaimene dos Santos Moraes (Aux. Farmácia).

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	4
A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NAS FARMÁCIAS DO SUS.....	7
DEFINIÇÕES.....	8
CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS	12
INCLUSÃO DE MEDICAMENTOS NA PADRONIZAÇÃO	13
REGULAMENTAMOS	14
1. Prescrição.....	14
1.2 Prescrição de Medicamentos Antimicrobianos.....	14
1.3 Prescrição de Medicamentos Controlados – Portaria n. 344/98.....	16
2. Dispensação.....	18
2.1 Dispensação de medicamento via protocolo.....	19
2.2 Dispensação de Medicamentos de Uso Contínuo.....	20
2.3 Dispensação de Contraceptivos.....	21
2.4 Programas De Medicamentos Estratégicos	22
2.5 Insumos destinados ao monitoramento da glicemia capilar	23
3. Das Disposições Finais	24
LISTA DE ABREVIATURAS	25
SEÇÃO A	
CLASSIFICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS POR GRUPO TERAPÊUTICOS ANATÔMICOS E QUÍMICOS.....	26
SEÇÃO B	
LISTA DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESTRATÉGICO.....	47
SEÇÃO C	
RELAÇÃO ESTADUAL DOS MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	56
SEÇÃO D	
RELAÇÃO ALFABÉTICA DOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS.....	61

**RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS DO SUS DE MANGARATIBA
APRESENTAÇÃO**

O Ministério da Saúde publicou a Portaria MS/GM nº 533, de 28 de março de 2012, que estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A RENAME foi elaborada a partir das definições do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e estruturada de acordo com a Resolução nº 1/CIT, de 17 de janeiro de 2012.

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais - REMUME é um instrumento orientador das ações de Assistência Farmacêutica e da Terapêutica, indispensável para o Uso Racional de medicamentos no contexto do SUS.

A seleção dos medicamentos da REMUME baseia-se nas prioridades de saúde do município de Mangaratiba, bem como na segurança, na eficácia terapêutica comprovada, na qualidade e na disponibilidade dos produtos.

Os medicamentos são insumos relevantes para a melhoria da qualidade de vida, porém oferece riscos quando utilizados indevidamente e, apesar dos riscos, os medicamentos vêm sendo cada vez mais utilizados de modo irracional, além das altas taxas de abandono de tratamento, vigorando a cultura da automedicação e do uso abusivo de medicamentos controlados.

A REMUME está contida na Política da Assistência Farmacêutica do município, que por sua vez, está contida na Política de Saúde que norteia todas as ações de cuidado à saúde da população Mangaratibense. Portanto, não deve ser vista como uma “simples” relação de medicamentos.

Assistência Farmacêutica não está restrita a produção e distribuição de medicamentos mais abrangem um conjunto de procedimentos necessários a promoção, prevenção e recuperação da saúde, individual e coletiva, centrada no medicamento.

Diante destas constatações e das recomendações da Organização Mundial de Saúde – OMS, a secretária municipal de Mangaratiba, institui-se a revisão Periódica da REMUME, como também a organização de meios para adequação de prescrição e adequação dos medicamentos, tanto quanto para os profissionais como para ciência dos usuários, para pleno conhecimento de seus direitos.

Esse processo na elaboração e atualização da REMUME do município em estudo, por meio da CFT faz com que esta seja reconhecida institucionalmente, sendo referência junto com a Assistência Farmacêutica municipal nas questões relacionadas ao acesso e uso de medicamentos. Além disso, as ações desenvolvidas pela CFT são fortalecidas, não apenas por socializar suas decisões com os prescritores municipais, mas por compartilhá-las com toda a comunidade através do Conselho Municipal de Saúde, órgão colegiado de controle social, composto por usuários do SUS, gestores, profissionais de saúde e prestadores de serviço que em conjunto com os gestores definem a política de saúde municipal, nas quais propõem medidas, fiscalizam e acompanham as ações de saúde

Obrigado a todos que se empenharam em todo este processo, e, bom uso deste instrumento.

Sandra Castelo Branco Gomes

Secretária Municipal de Saúde de Mangaratiba

Rosana de Lara Castro

Farmacêutica

Simone Platino Mariell

Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica está vinculada a garantia de acesso aos medicamentos ao seu uso racional e pela necessidade de articulação do conjunto das ações de saúde, sendo o usuário SUS o foco principal de seus serviços. Para a promoção do uso racional de medicamento devem ser criados mecanismos que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo para a garantia da utilização segura e eficaz. Dentre esses mecanismos podemos destacar a utilização da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME e dos protocolos clínicos.

A REMUME foi elaborada pela Comissão de Farmácia Terapêutica, existente no município de Mangaratiba, composta por uma equipe multiprofissional formada por médicos, farmacêuticos, enfermeiros, nutricionistas e odontólogo, que trabalham de maneira permanente o intuito de se tornar periódico a revisão da REMUME e protocolos fármaco terapêuticos.

A REMUME tende a incrementar a qualidade da prescrição e facilitar o processo da escolha do medicamento e da dispensação, além de facilitar o abastecimento do sistema, e inclusive o armazenamento e a distribuição, tornando-os mais regulares e eficientes como economia e racionalização.

A REMUME e a Lista complementar de medicamentos são isentas de conflitos de interesse e selecionadas com base nos medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e na medicina baseada em evidências, visando subsidiar os profissionais de saúde para a prescrição, a dispensação e o uso dos medicamentos para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

A seleção dos medicamentos foi baseada em critérios como comprovada eficácia, segurança, conveniência posológica, disponibilidade no mercado e menor custo, que atendem as necessidades epidemiológicas prevalentes no Município de Mangaratiba. Este instrumento está dividido em partes:

- I – capítulos gerais, com algumas definições, critérios para inclusão e exclusão de medicamentos, bem como um formulário destinado a esta finalidade;
- II – relação municipal de medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica;
- IV – relação municipal de medicamentos essenciais por ordem alfabética;
- V – relação de medicamentos estratégicos.

O objetivo desta ferramenta na prática de Mangaratiba, é garantir ampla difusão entre os profissionais de saúde diminuindo prescrições de medicamentos não padronizados o que possibilita o acesso do usuário aos medicamentos essenciais de forma plena e humanizada, com melhoria na qualidade de vida do usuário.

Comissão de Farmácia e Terapêutica

Secretaria da Saúde

Assistência farmacêutica nas farmácias do SUS

A Assistência Farmacêutica é um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional.

Esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

Assim, a Assistência Farmacêutica apresenta componentes com aspectos de natureza técnica, científica e operativa, integrando-os de acordo com a complexidade do serviço, necessidades e finalidades.

No entanto, a organização da Assistência Farmacêutica caracteriza-se como uma estratégia que procura superar a fragmentação entre esses componentes e as diversas áreas do sistema, mediante definição de fluxos na construção de um conjunto articulado e sincronizado, que influencia e é influenciado pelas áreas dos serviços de saúde.

DEFINIÇÕES

Relação Municipal de Medicamentos – Remume:

Seleção de medicamentos que serão ofertados pelos municípios e Distrito Federal a partir da RENAME considerando o perfil epidemiológico, a organização dos serviços e a complexidade do atendimento oferecido.

- **Relação Nacional de Medicamentos – RENAME:**

A RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

- **Medicamentos Essenciais:**

Medicamentos essenciais são aqueles definidos pelo SUS para garantir o acesso do usuário ao tratamento medicamentoso.

- **Componente Básico da Assistência Farmacêutica:**

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da atenção básica.

- **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica:**

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento para custeio de ações de assistência farmacêutica nos seguintes programas de saúde estratégicos:

- I. Controle de endemias, tais como a Tuberculose, toxoplasmose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
- II. Anti-retrovirais do programa DST/AIDS;
- III. Sangue e Hemoderivados;
- IV. Imunobiológicos.

São medicamentos destinados a patologias de controle específico do Ministério da Saúde, para atingirem as metas de controle e eliminação exigidos pela Organização Mundial de Saúde, ou por serem medicamentos cuja aquisição depende de processos de licitação internacional.

- **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica:**

É uma estratégia de acesso a medicamento no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.

A Portaria GM/MS Nº 2981/2009 determina que o acesso aos medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas no âmbito deste Componente será garantido mediante a pactuação entre a União, estados, Distrito Federal e municípios.

- **Tabagismo**

O tabagismo é reconhecido como uma doença epidêmica resultante da dependência de nicotina e classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (OMS, 1997).

Para reverter essa situação, o Ministério da Saúde assumiu o papel de organizar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).

Esse Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes em nosso país e a consequente morbimortalidade por doenças tabaco relacionadas. Para esse fim, o PNCT tem procurado atuar por meio de ações educativas, legislativas e econômicas. Para que essas ações atinjam todo o território brasileiro, foi organizada uma rede nacional para gerenciamento regional do Programa, através do processo de descentralização e parceria com as Secretarias Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde, seguindo a lógica do SUS.

Hoje, as Secretarias Estaduais e Distrital de Saúde possuem uma Coordenação do Programa de Controle do Tabagismo.

Documentos necessários para ter acesso aos medicamentos (exceto bupropiona):

- Receita médica em 2 (duas) vias
- Documento de Identificação
- Cartão Nacional de Saúde – CNS (cartão do SUS)

Documentos necessários para ter acesso à bupropiona:

- Receita de controle especial
- Documento de Identificação
- Cartão Nacional de Saúde – CNS (cartão do SUS)

Para o recebimento dos medicamentos do Programa de Tabagismo, o paciente deverá comparecer ao Centro de Saúde mais próximo de sua residência para verificação se o Centro possui grupos de acompanhamento de tabagistas em atividade, pois os medicamentos somente são dispensados aos pacientes participantes desses grupos.

- **Malária**

A malária é uma doença infecciosa febril aguda, causada por protozoários transmitidos pelo mosquito do gênero Anopheles. Apresenta cura se for tratada em tempo oportuno e adequadamente. O seu tratamento é simples, eficaz e gratuito. A malária pode evoluir para forma grave e até para óbito.

Documentos necessários para ter acesso aos medicamentos no CRASP:

- Receita médica em 2 (duas) vias
- Documento de Identificação
- Cartão Nacional de Saúde – CNS (cartão do SUS)
- Exame de confirmação laboratorial (realizado pela equipe volante da Secretaria)
- Ficha de notificação/investigação (SINAN)

- **Tuberculose**

O Programa de Controle da Tuberculose compreende estratégias de tratamento e de diagnóstico precoces e adequados a fim de tratar pessoas infectadas e interromper a cadeia de transmissão.

O Programa também privilegia a descentralização das medidas de controle para a atenção básica no intuito de ampliar o acesso da população em geral e das populações mais vulneráveis ou sob-risco acrescido de contrair tuberculose.

Documentos necessários para ter acesso aos medicamentos no CRASP:

- Receita médica em 2 (duas) vias
- Documento de Identificação
- Cartão Nacional de Saúde – CNS (cartão do SUS)

Para o recebimento dos medicamentos da tuberculose, o paciente deverá comparecer ao Centro de Saúde mais próximo de sua residência.

- **Hanseníase**

A Hanseníase faz parte de um conjunto de endemias que demandam ações estratégicas para eliminação como problema de saúde pública. O tratamento da hanseníase, recomendado pela Organização Mundial de Saúde - OMS e preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, é a poliquimioterapia. O tratamento é ambulatorial e está disponível no CRASP (Centro de Referência de atenção em saúde pública).

Documentos necessários para ter acesso aos medicamentos (exceto talidomida) no CRASP:

- Receita médica em 2 (duas) vias
- Documento de Identificação

- Cartão Nacional de Saúde – CNS (cartão do SUS)

Documentos necessários para ter acesso à talidomida no CRASP:

- Documento de Identificação
- Cartão Nacional de Saúde – CNS (cartão do SUS)
- Receituário de controle especial para talidomida
- Termo de responsabilidade e esclarecimento para o usuário da talidomida, conforme RDC 11/2011 que dispõe sobre o controle da talidomida

- **Toxoplasmose**

A toxoplasmose faz parte de um conjunto de endemias que demandam ações estratégicas para eliminação como problema de saúde pública. O tratamento da toxoplasmose, recomendado pela Organização Mundial de Saúde. O tratamento é ambulatorial e está disponível no CRASP (Centro de Referência de atenção em saúde pública).

Documentos necessários para ter acesso aos medicamentos de toxoplasmose no CRASP:

- Receita médica em 2 (duas) vias
- Documento de Identificação
- Cartão Nacional de Saúde – CNS (cartão do SUS)

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

Os seguintes critérios devem ser empregados no processo de seleção de medicamentos:

- Selecionar medicamentos com níveis elevados de evidência sobre segurança e eficácia clínica;
- Eleger medicamentos de menor toxicidade relativa e maior comodidade posológica;
- Padronizar, resguardando a qualidade, medicamentos cujo custo do tratamento/dia e o custo da duração idônea do tratamento sejam menores;
- Evitar a inclusão de associações fixas;
- Escolher, sempre que possível, dentre medicamentos de mesma ação farmacológica, de um representante de cada categoria química ou com característica farmacocinética diferente, ou que possua características farmacológicas que representem vantagem no uso terapêutico;
- Priorizar formas farmacêuticas que proporcionem maior possibilidade de fracionamento e adequação à faixa etária;
- Realizar a seleção de antimicrobianos em conjunto com a CFT;
- Padronizar medicamentos pelo nome do princípio ativo adotando a denominação comum brasileira – DCB;
- Revisão periódica da padronização, de preferência anualmente, com critérios de inclusão e exclusão bem definidos;

Inclusão de Medicamentos na Padronização

A solicitação de inclusão pode ser realizada pelos profissionais da equipe multidisciplinar.

Os critérios para a inclusão de medicamentos são:

- Preencher o formulário de “Inclusão de Medicamentos na Padronização” expondo os motivos pelos quais está solicitando o medicamento;

Citar e/ou anexar ao formulário referências bibliográficas de origem conhecida e independente que confirmem a justificativa e evidenciem a eficácia, segurança e

vantagens terapêuticas do medicamento em questão, para os casos em que haja similar ou equivalente padronizado;

- Encaminhar para a Gerência de Farmácia ou para o Centro de Informações de Medicamentos (CIM).

A solicitação será analisada pela CFT, e o profissional solicitante receberá a notificação de aprovação ou não da inclusão do medicamento na padronização

REGULAMENTAMOS

1-Prescrição

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as prescrições devem adotar 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 – ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI), conforme determina o art. 3º da Lei Federal nº 9.787/1999. 2.1.1

A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) deve ser norteadora das prescrições de medicamentos na rede de serviços municipal do SUS.

1.1 - A prescrição poderá ser emitida via simples, salve em casos que deverá obedecer a Legislação, tais como Medicamentos de controle especial, antimicrobianos, em português compreensível e por extenso, em letra legível, observada a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais, em consonância com o art. 35, da Lei nº 5.991/73, além de conter:

- I - nome do paciente;
- II - nome do medicamento e concentração;
- III - posologia e quantidade a ser dispensada;
- IV - nome do profissional prescritor, com o respectivo carimbo contendo o número de registro no conselho da classe;
- V - data e assinatura.

1.1.2 - A prescrição não poderá conter rasuras;

1.2 Prescrição de Medicamentos Antimicrobianos

Os medicamentos antimicrobianos devem ser prescritos e dispensados de acordo com a RDC nº 20 de 5 de maio de 2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Abaixo estão as orientações necessárias para prescrição de antimicrobianos na alta hospitalar ou para uso ambulatorial.

Receituário:

A prescrição de medicamentos antimicrobianos deverá ser realizada em receituário comum do estabelecimento de saúde do município. A receita deve ser prescrita de forma legível, sem rasuras, em 2 (duas) vias e contendo os seguintes dados obrigatórios:

- I identificação do paciente: nome completo, idade e sexo;
 - II nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dose ou concentração, forma farmacêutica, posologia e quantidade;
 - III identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no Conselho Regional, assinatura e marcação gráfica (carimbo);
 - IV data da emissão.
- Não há limitação do número de itens contendo medicamentos antimicrobianos por receita.
 - A receita de antimicrobianos é válida por 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.
 - Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90 (noventa) dias a contar da data de sua emissão. Para isto, a receita deverá conter a indicação de uso contínuo, com a quantidade a ser utilizada para cada 30 (trinta) dias.

1.3 Prescrição de Medicamentos Controlados – Portaria n. 344/98

As receitas de medicamentos sujeitos ao controle especial deverão atender à Portaria nº 344/98 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, sob todos os aspectos.

1.3.1 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).

1.3.2 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 dias após a prescrição. A quantidade máxima a ser dispensada por prescrição é para 30 dias de tratamento. Possui também o limite de 05 (cinco) ampolas de medicamento injetável por prescrição.

1.3.3 As Notificações de Receitas tipo “B1” possuem cor azul, são utilizadas para medicamentos relacionados na lista B1 (Psicotrópicos), são válidas em todo o território nacional e tem validade de 30 dias após a prescrição. A quantidade máxima a ser dispensada por prescrição é para 60 dias de tratamento. Possui também o limite de 05 (cinco) ampolas de medicamento injetável por prescrição.

1.3.4 As Notificações de Receitas tipo “B2” possuem cor azul, são utilizadas para medicamentos relacionados na lista B2 (Psicotrópicos Anorexígenos), tem validade de 30 dias após a prescrição. A quantidade máxima a ser dispensada por prescrição é para 60 dias de tratamento, respeitando a dose máxima.

1.3.5 As Notificações de Receita tipo “C2” possuem cor branca, são utilizadas para medicamentos relacionados nas listas C2 (Substâncias Retinóides de Uso Sistêmico), são válidas em todo o território nacional Estado e tem validade de 30 dias após a prescrição. A quantidade máxima a ser dispensada por prescrição é para 30 dias de tratamento. Deve vir acompanhada do Termo de Consentimento de Risco e Consentimento Pós- Informação.

1.3.6 As Notificações de Receita tipo “C3” possuem cor branca, são utilizadas para medicamentos relacionados nas listas C3 (Imunossupressores), são válidas somente no Estado emitente e tem validade de 20 dias após a prescrição (conforme RDC nº. 11/2011). A quantidade máxima a ser dispensada por prescrição é para 30 dias de tratamento. Deve vir acompanhada do Termo de Esclarecimento para Usuário de Talidomida e Termo de Responsabilidade.

1.3.7 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.

1.4 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) e “C5” (anabolizantes) da Portaria nº. 344/98 e de suas atualizações. Deverá ser preenchida em 02 (duas) vias, manuscrita ou informatizada, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: “1ª via - Retenção da Farmácia” e “2ª via - Orientação ao Paciente”.

1.4.1 A dispensação dos medicamentos prescritos nas Receitas de Controle Especial, à base de substâncias constantes das listas “C1” (outras substâncias sujeitas a controle especial) e “C5” (anabolizantes) da Portaria nº. 344/98 e de suas atualizações, em qualquer forma farmacêutica ou apresentação, é privativo da farmácia e somente poderá ser efetuado mediante receita, sendo a “1ª via - Retida no estabelecimento farmacêutico” e a “2ª via - Devolvida ao Paciente”, com o carimbo comprovando o atendimento.

1.4.2 A prescrição de medicamentos à base de substâncias antirretrovirais (lista “C4”), só poderá ser feita por médico e será dispensada nas 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.

1.4.3 A prescrição poderá conter em cada receita, no máximo 03 (três) substâncias constantes da lista “C1” (outras substâncias sujeitas a controle especial) da Portaria nº. 344/98 e de suas atualizações, ou medicamentos que as contenham.

1.4.4 A prescrição de antirretrovirais poderá conter em cada receita, no máximo 05 (cinco) substâncias constantes da lista "C4" (antirretrovirais) da Portaria nº. 344/98 e de suas atualizações, ou medicamentos que as contenham.

1.4.5 A quantidade prescrita de cada substância constante da lista "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial) e "C5" (anabolizantes), da Portaria nº. 344/98 e de suas atualizações, ou medicamentos que as contenham, ficará limitada a 05 (cinco) ampolas e para as demais formas farmacêuticas, a quantidade para o tratamento correspondente a no máximo 60 (sessenta) dias.

1.4.6 No caso de prescrição de substâncias ou medicamentos antiparkinsonianos e anticonvulsivantes, a quantidade ficará limitada até 06 (seis) meses de tratamento.

2. Dispensação

Os medicamentos padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde serão fornecidos gratuitamente, aos pacientes residentes no município de Mangaratiba que tenham passado por consulta nas unidades de saúde do município, hospitalar ou não, desde que obedeçam aos requisitos. Não serão aceitas cópias (fotocópia, carbonada) das receitas.

- A dispensação de medicamentos nas unidades dispensadoras somente ocorrerão mediante a apresentação do receituário, prescrito de acordo com o disposto no item 1.
- É vedado o atendimento de receituários contendo rasuras.
- O dispensador deve registrar no receituário a quantidade do medicamento que foi dispensado, a data do atendimento e seu nome de forma legível.
- A primeira via do receituário deve ser devolvida ao usuário e a segunda via deve ficar retida na farmácia onde será arquivada por um período de 5 (cinco) anos para fins administrativos.

É obrigatório no ato do fornecimento e dispensação do medicamento:

- Quando a quantidade total do medicamento for prescrita em caixas, e o tempo total de duração de tratamento não estiver expresso na prescrição, considerar 01 (uma) caixa equivalente a 30 comprimidos ou quantidade mais próxima, a fim de evitar o fracionamento da cartela.
- O fracionamento somente é recomendado para o atendimento das prescrições de tratamentos agudos no caso de medicamentos em cartelas/blísters.
- No caso de medicamentos prescritos "se necessário", "se dor", "se febre", como por exemplo, Paracetamol gotas e Ibuprofeno 600 mg, em que não há especificado na prescrição o tempo de tratamento, serão fornecidos respectivamente 01 (um) frasco e/ou 20 (vinte) comprimidos. Prescrições de

antinflamatórios, analgésicos e antitérmicos com quantitativo acima de 20 comprimidos, ou 1 frasco será necessária justificativa médica.

- A receita de antimicrobianos é válida, por 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão; a dispensação de antimicrobianos deve atender essencialmente ao tratamento prescrito. Será sempre retida na farmácia a 2º via da receita de acordo com RDC nº 20 de 05 de Maio de 2011.
- Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90 (noventa) dias a contar da data de sua emissão Na situação descrita a receita deverá conter a indicação de uso contínuo, com a quantidade a ser utilizada para cada 30 (trinta) dias
- A dispensação de medicamentos controlados se dará exclusivamente no CAPS , e somente ocorrerá mediante cumprimento da Legislação Portaria SVS/MS nº 344/98 (Receituário).
- A validade dos receituários de medicamentos controlados será de 30 (trinta) dias a partir da data de emissão.

2.1 Dispensação de medicamento via protocolo:

- A dispensação de SINASTATINA será para 30 (trinta) dias por um período de 180 dias (6 meses), tendo o paciente que apresentar cópia da receita para retirar o medicamento em cada mês.
- Receituário de USO CONTINUO de OMEPRAZOL, só será atendido para 90 dias (03 meses) quando o médico for especialista (gastroenterologista) ou clínico com justificativa no verso da receita, senão, será dispensada quantidade para 30 (trinta) dias de tratamento conforme posologia.
- A dispensação do ALENDRONATO DE SÓDIO e CARBONATO DE CALCIO + CALECALCIFEROL será para 30 (trinta) dias por um período de 180 dias (6 meses), tendo o paciente que apresentar cópia da receita para retirar o medicamento em cada mês.
- A dispensação de LEVOTIROXINA é restrita a prescrição de médico especialista (Endocrinologista), ou de clínico com justificativa no verso da receita.
- No caso de tratamentos relativos aos programas do Ministério da Saúde, a receita/prescrição e a dispensação deverão atender às diretrizes do programa. Ex.: Tuberculose, Hanseníase, Malária, Insumos, Talidomida, Saúde da Mulher, Tabagismo e outros.
- Os medicamentos utilizados para realizar curativos, os injetáveis e aqueles utilizados para inalação, serão administrados na própria unidade de saúde e **não**

será fornecido aos pacientes, devendo estes retornar para cada administração, mediante a apresentação do receituário. Nesse caso excetuam-se as insulinas.

- Nos casos em que houver supervisão da equipe com relação ao atendimento domiciliar e em situações especiais, os medicamentos para inalação, curativos, medicamentos tópicos poderão ser fornecidos pelo (ESF) para uso na residência, sobre a guarda do profissional.

2.2 Dispensação de Medicamentos de Uso Contínuo

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.

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

- ☐ Será fornecida quantidade de medicamento de uso contínuo para um período máximo de 60 (sessenta) dias de tratamento.
- ☐ Para o fornecimento de medicamentos de uso contínuo(diabetes e hipertensão), o usuário deverá utilizar a 1ª via do receituário para retirar o(s) medicamento(s) mensalmente, durante o prazo estabelecido pelo prescritor, desde que não exceda 180 (cento e oitenta) dias, onde será registrada a entrega e solicitado ao paciente um novo receituário para os próximos meses.
- ☐ Quando a prescrição for superior a 30 dias, o paciente deverá retornar à Farmácia da unidade de saúde, para receber nova quantidade de medicamentos, com o mesmo receituário, sem necessidade de passar por nova consulta. Nesses casos, os pacientes devem retornar no mês seguinte com a prescrição original, acompanhada de uma cópia, para receber o que ainda falta para o fim do tratamento, ou quantidade para mais 30 dias.
- ☐ Os pacientes deverão trazer junto com a receita original, documentos de identificação e cartão do SUS, para retirada dos medicamentos.

☐ 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. Comprovando não ter conseguido a consulta no período que compreende o vencimento da receita e a nova reavaliação, a receita passará a ter validade até o dia da nova consulta.

2.3 Dispensação de Contraceptivos

Os anticoncepcionais serão dispensados na UBS da área de abrangência do paciente.

☐ Os contraceptivos emergências serão entregues mediante prescrição médica, deverá se enquadrar nos seguintes requisitos:

☐ A contracepção de emergência, deve ser usada apenas em situações de emergência, como por exemplo:

- Estupro;
- Ruptura de preservativo ou diafragma;
- Expulsão do DIU;
- Esquecimento de duas ou mais pílulas anticoncepcionais de progestogênio;
- Atraso menstrual há mais de duas semanas para usuária de acetato de medroxiprogesterona de depósito (injetável trimestral);

☐ Sendo fornecidos apenas de uso imediato. A receita terá validade de 03 (três) dias. Para se coibir abusos, os casos em que a mesma usuária solicitar a contracepção de emergência mais de uma vez em um período inferior a 30 dias, deverão ser encaminhados para avaliação médica.

☐ Os receituários de anticoncepcionais injetáveis contemplados na REMUME terão validade de 12 meses. Sendo necessária a apresentação da via original, juntamente com documento de identificação e cartão do SUS.

☐ Poderá ser retirada na Unidade de Saúde de abrangência.

☐ O fornecimento de preservativos masculinos não necessita de prescrição e seu acesso deve ser facilitado com a disponibilização direta nos balcões de recepção das unidades de saúde.

2.4 Programas De Medicamentos Estratégicos

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. Atualmente os Programas Estratégicos são: Tuberculose Comum e Casos Especiais, Hanseníase, DST/HIV/AIDS e Programa de Controle ao Tabagismo e toxoplasmose.

Parágrafo único. Os medicamentos têm a aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e são repassados para os Estados. As Secretarias Estaduais têm a responsabilidade de fazer o armazenamento e posterior distribuição aos municípios. Sendo repassados ao município a dispensação ou fornecimento dos medicamentos para Tuberculose, Hanseníase, DST/AIDS e Controle do Tabagismo e toxoplasmose.

2.5 Insumos destinados ao monitoramento da glicemia capilar

De acordo com o DECRETO Nº 8.389, DE 04 DE JULHO DE 2016. “Define os critérios para o fornecimento de insumos destinados ao monitoramento da glicemia capilar aos portadores de diabetes cadastrados em Programa de Hipertensão e Diabetes – **Hiperdia**, e dá outras providências.”

§ Este Decreto define os critérios para o fornecimento de insumos destinados ao monitoramento da glicemia capilar dos portadores de diabetes cadastrados em Programa de Hipertensão e Diabetes – Hiperdia, assim compreendida:

I – Diabetes Mellitus Tipo 1 – DM1; II – Diabetes Mellitus tipo 2 – DM2; III – Diabetes gestacional – DG.

Art. 1º Definir o elenco de medicamentos e insumos que devem ser disponibilizados na rede do Sistema Único de Saúde, destinados ao monitoramento da glicemia capilar dos portadores de diabetes mellitus, nos termos da Lei Federal nº 11.347, de 2006.

I - MEDICAMENTOS:

- a) insulina humana NPH - suspensão injetável 100 UI/mL; e
- b) insulina humana regular - suspensão injetável 100 UI/mL.

II - INSUMOS:

- a) seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina;
- b) tiras reagentes de medida de glicemia capilar; e
- c) lancetas para punção digital.

Art. 2º Os insumos do inciso II do artigo 1º devem ser disponibilizados aos usuários do SUS, portadores de diabetes mellitus insulino-dependentes e que estejam cadastrados no cartão SUS e/ou no Programa de Hipertensão e Diabetes – Hiperdia.

§ As tiras reagentes de medida de glicemia capilar serão fornecidas mediante a disponibilidade de aparelhos medidores (glicosímetros).

§ A manutenção e cuidados com os insumos é de responsabilidade dos usuários.

§ Caso o aparelho medidor de glicosímetro apresentar algum defeito, a Hiperdia deverá disponibilizar ao usuário “Formulário para Substituição de Glicosímetro”, conforme Anexo.

§ O formulário deverá ser preenchido pela Hiperdia, responsável pelo aparelho comodato do usuário portador de diabetes, que avaliará as condições do aparelho para sua substituição, condicionada a disponibilidade do produto no estoque das farmácias.

§ Será fornecido no máximo tiras para 04 (quatro) medições diárias, sendo o máximo de 120 unidades de tiras, conforme orientado pelo Decreto.

3. Das Disposições Finais

☐ Fica vetada a dispensação/fornecimento de medicamentos para menores de 16 (dezesseis) anos desacompanhados.

☐ Para dispensação/fornecimento de medicamentos psicotrópico e sujeitos a controle especial, a idade mínima de 18 (dezoito) anos será exigida, além de documento de identificação oficial com foto conforme a legislação federal.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AMP	Ampola
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical
BI	Bisnaga
BLIS	Blister
BOL	Bolsa
CAP	Cápsula
CEAF	Componente especializado
CESAF	Componente estratégico
CFF	Conselho Federal de Farmácia
COM	Complementar
CONJ	Conjunto
CP	Comprimido
CX	Caixa
DCB	Denominação Comum Brasileira
DCI	Denominação Comum Internacional
DRA	Drágea
ENV	Envelope
F/A	Frasco-ampola
FL	Flaconete
FR	Frasco
H	Medicamento de uso Hospitalar
INJ	Injetável
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PST	Pasta
PT	Pote
R	Medicamento de uso Restrito
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAC	Sachê
SER	Seringa
SUP	Supositório
TUB	Tubo
UM	Unidade

CLASSIFICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS POR GRUPO
TERAPÊUTICOS, ANATÔMICOS E QUÍMICOS

DCB	COMPLEMENTO	UNID	USO
TRATO ALIMENTAR E METABOLISMO			
ANTIÁCIDOS, PREPARAÇÕES PARA TRATAMENTO DE ÚLCERAS PÉPTICAS E FLATULÊNCIA			
ANTIÁCIDOS			
Compostos de alumínio			
ALUMÍNIO, HIDRÓXIDO	60 a 62mg/ml sus. oral	FR	
Combinações de alumínio e magnésio			
ALUMÍNIO+MAGNÉSIO, HIDRÓXIDO	40mg+60mg Sus. oral	FR	
ANTIÁCIDOS, PREPARAÇÕES PARA TRATAMENTO DE ÚLCERAS PÉPTICAS E DOENÇA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO			
Antagonistas de receptores H2			
RANITIDINA, CLORIDRATO	150MG	CP	
RANITIDINA	25 MG/ML SOL. INJ	AMP	
RANITIDINA	15 MG/ML XAROPE 100ML	FR	
Inibidores da bomba de prótons			
OMEPRAZOL	20 MG	CAP	
OMEPRAZOL	40 MG	FR	
ANTIFLATULENTOS			
SIMETICONA	40MG	CP	
SIMETICONA	75MG / ML - FR. 10ML	FR	
AGENTES PARA DESORDENS FUNCIONAIS GASTROINTESTINAIS			
BELADONA E DERIVADOS, APENAS			
Alcalóides da beladona, aminas terciárias			
ATROPINA	0,25 MG/ML 1ML.	AMP	
Alcalóides semi-sintéticos da beladona, compostos de amônio quaternário			
HIOSCINA (N-BUTIL BROMETO) + DIPIRONA	20MG/5ML + 2,5G/5ML	AMP	
HIOSCINA (N-BUTIL BROMETO)	20MG/ML AMP. 1ML	AMP	
HIOSCINA	10MG/ML FR.C/20ML	FR	
HIOSCINA +DIPIRONA	6,67MG/ML + 333,4MG/ML	FR	
HIOSCINA	10MG	CP	
HIOSCINA + DIPIRONA	10MG+250MG	CP	
PROPULSIVOS			
BROMOPRIDA	10MG	CP	
BROMOPRIDA	5MG/ML - 2ML	AMP	
BROMOPRIDA	4GM/ML	FR	
DOMPERIDONA	1MG/ML - FR. 100ML	FR	
METOCLOPRAMIDA	5MG INJ 2ML	AMP	
ANTIEMÉTICOS E ANTINAUSEANTES			

ONDANSETRONA	4MG	CP	
ONDANSETRONA	4MG/2ML INJ	AMP	
OUTROS ANTIEMÉTICOS			
METOCLOPRAMIDA	10MG	CP	
METOCLOPRAMIDA	5MG INJ 2ML	AMP	
LAXATIVOS			
LAXATIVOS DE CONTATO			
BISACODIL	5MG	CP	
LAXATIVOS OSMÓTICOS			
LACTULOSE	120ML SOL	FR	
ENEMAS			
BISACODIL	5MG	CP	
GLICERINA CLISTER	12% C/ EQUIPO FRASCO 500ML SIST. FECHADO	FR	
ÓLEO MINERAL	100ML.	FR	
ANTIDIARREICOS E AGENTES ANTINFLAMATÓRIOS/ANTINFECCIOSOS GASTROINTESTINAIS			
NISTATINA	100.000 UI/ML 50 ML	FR	
ANTIDIARREICOS, ANTINFLAMATÓRIOS INTESTINAIS, AGENTES ANTINFECCIOSOS			
CARVÃO VEGETAL	ATIVADO PARA USO ORAL CP	UN	
ANTINFECCIOSO TÓPICO			
CARVÃO ATIVADO COM PRATA/ CURATIVO	SACHÊ	UN	
REPOSIÇÃO HIDROELETROLÍTICA ORAL			
SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL	FORMULA OMS ENVELOPE 27,9G	ENV	
REGULADOR DA FUNÇÃO INTESTINAL			
SACCHAROMYCES BOULARDII	100 MG	CP	
SACCHAROMYCES BOULARDII	200 MG	ENV	
ANTIPROPULSIVOS			
LOPERAMIDA	2MG	CP	
FÁRMACOS UTILIZADOS EM DIABETES			
INSULINAS E ANÁLOGOS			
Insulinas de ação rápida			
INSULINA REGULAR	100UI/ML SUSPENSAO INJETAVEL FRASCO-AMPOLA 10ML	FR	
Insulinas de ação intermediária			
INSULINA NPH	100UI/ML SUSPENSAO INJETAVEL FRASCO-AMPOLA 10ML	FR	

Insulinas de ação ultrarrápida			
INSULINA LISPRO	100UI/ML SUSPENSAO INJETAVEL FRASCO-AMPOLA 10ML	FR	
Insulinas de ação prolongada			
INSULINA GLARGINA	100UI/ML SUSPENSAO INJETÁVEL FRASCO-AMPOLA 10ML	FR	
HIPOGLICEMIANTE ORAIS			
Biguanidas			
METFORMINA	500MG	CP	
METFORMINA	850MG	CP	
Sulfonamidas, derivados da uréia			
GLIBENCLAMIDA	5MG	CP	
GLICLAZIDA	30MG RETARD	CP	
VITAMINAS			
Multivitaminas e minerais			
POLIVITAMINAS E POLIMINERAIS	SUSPENSÃO ORAL 250ML A CADA 5ML CONTÉM- CÁLCIO 106MG+VIT B12 1,5MCG+VIT D3 100UI +FOSFORO 72MG+ZINCO 2MG SABOR TUTTI FRUTTI	FR	
CARBONATO DE CÁLCIO + COLECALCIFEROL	500MG + 200 UI	CP	
CARBONATO DE CÁLCIO + COLECALCIFEROL	500MG + 400 UI	CP	
Vitamina B1 e combinações com vitaminas B6 e B12			
TIAMINA	300MG	CP	
Vitaminas do complexo B			
POLIVITAMINAS COMPLEXO B	XAROPE 100ML A CADA 15ML CONTÉM: CLORIDRATO DE TIAMINA (VIT.B1) 5,0 MG, RIBOFLAVINA 1,0 MG, CLORIDRATO DE PIRIDOXINA 3,0 MG, NICOTINAMIDA 30 MG, PANTOTENATO DE CÁLCIO 4,0 MG)	FR	
POLIVITAMINAS COMPLEXO B	(CLORIDRATO DE TIAMINA 10MG, RIBOFLAVINA 5, FOSFATO DE SÓDIO	AMP	

Atos da Prefeitura

	2,5MG, NICOTINAMIDA 30MG, CLORIDRATO DE PIRIDOXINA 2,5MG, PANTOTENATO DE CÁLCIO 6MG, VEÍCULO Q.S.P 2ML, CADA DRÁGEA CONTÉM: MONONITRATO DE TIAMINA 15MG, RIBOFLAVINA 3MG, NICOTINAMIDA 15MG, CLORIDRATO DE PIRIDOXINA 5MG, PANTOTENATO DE CÁLCIO 10MG		
VITA. B12 (HIDROXICOBALAMINA)	5000 UI	AMP	
POLIVITAMINAS COMPLEXO B	(CADA DRÁGEA CONTEM: MONONITRATO DE TIAMINA 15MG, RIBOFLAVINA 3MG, NICOTINAMIDA 15MG, CLORIDRATO DE PIRIDOXINA 5MG, PANTOTENATO DE CÁLCIO 10MG	CP	
Ácido ascórbico (Vitamina C)			
ÁCIDO ASCÓRBICO (VITAMINA C)	500MG	CP	
ACIDO ASCÓRBICO	1G/5ML AMP 5ML	AMP	
ÁCIDO ASCÓRBICO (VITAMINA C)	200MG / ML SOL. ORAL GOTAS 20ML	FR	
SUPLEMENTOS MINERAIS			
CÁLCIO			
GLUCONATO DE CÁLCIO	10% - AMP. 10ML	AMP	
POLIESTIRENOSSULFONATO DE CÁLCIO	900 MG - ENVELOPE	ENV	
Potássio			
CLORETO DE POTÁSSIO	10% 10ML	AMP	
Sódio			
CLORETO DE SÓDIO	0,9% 250ML	BOL	
CLORETO DE SÓDIO	0,9% 500ML	BOL	
CLORETO DE SÓDIO	0,9% 1000ML	BOL	
CLORETO DE SÓDIO	20% 10ML	AMP	
CLORETO DE SÓDIO	0,9% SOL FISIOL. ESTERIL E APIROGÊNICA - AMP. 10ML	AMP	
CLORETO DE SÓDIO	0,9% SOL NASAL FR	FR	
Magnésio			
SULFATO DE MAGNÉSIO	10% 10ML	AMP	

FÁRMACOS DO SANGUE E SISTEMA HEMATOPOIÉTICO			
AGENTES ANTITROMBÓTICOS			
Antagonistas da vitamina K			
VARFARINA SÓDICA	5 MG	CP	
Grupo da heparina			
HEPARINA SÓDICA	5000 UI 0,25 ML SC	AMP	
HEPARINA SÓDICA	5000 UI / ML IV - F/A 5ML	AMP	
ENOXAPARINA	40MG/0,4ML SERINGA SC	AMP	
ENOXAPARINA	60MG/0,6ML SERINGA SC	AMP	
ENOXAPARINA	20MG/0,2ML SERINGA SC	AMP	
Antiagregantes plaquetários, excluindo a heparina			
CLOPIDOGREL	75MG	CP	
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	100 MG	CP	
Enzimas fibrinolíticas			
ALTEPLASE	50MG PÓ LIÓFILO	AMP	
ANTIHEMORÁGICOS			
AMINOÁCIDOS			
ACIDO TRANEXÂMICO	50MG / ML SOL. INJ	AMP	
VITAMINA K E OUTROS HEMOSTÁTICOS			
Vitamina K			
VITAMINA K1 (FITOMENADIONA)	10MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1ML EV/IM	AMP	
PREPARAÇÕES ANTIANÊMICAS			
PREPARAÇÕES COM FERRO			
Ferro bivalente			
SULFATO FERROSO	25MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS 30ML	FR	
SULFATO FERROSO	40MG DE FERRO ELEMENTAR COMPRIMIDO	CP	
Ferro trivalente			
SACARATO FERRICO	SACARATO HIDROXIDO FERRICO 100MG/5ML INJ EV	AMP	
POLIMALTOSADO FERRICO	HIDROXIDO DE FERRO III POLIMALTOSADO 100MG/2ML SOL. INJ. 2ML	AMP	
VITAMINA B12 E ÁCIDO FÓLICO			
Ácido fólico			
ACIDO FOLICO	5MG COMPRIMIDO	CP	
OUTRAS PREPARAÇÕES ANTIANÊMICAS			
ALFAPOETINA	4.000UI SOL. INJ. EV	FR/A	

Vitamina B1 e combinações com vitaminas B6 e B12				
SANGUE E PRODUTOS RELACIONADOS				
Substitutos do sangue e proteínas fracionadas do plasma				
ALBUMINA HUMANA	20% 50ML +EQUIPO	F/A		
POLIGELINA	3,5% 500ML	BOL		
HIDROXIETILAMIDO E CLORETO DE SÓDIO	6% BOLSA 500ML	BOL		
NUTRIÇÃO E REPOSIÇÃO HIDROELETROLITICA PARENTERAL				
SOLUÇÕES PARA NUTRIÇÃO PARENTERAL				
GLICOSE 25%	SOL. HIPERTONICA 10ML	AMP		
Soluções que afetam o balanço eletrolítico				
RINGER LACTADO	500ML SISTEMA FECHADO	BOL		
Diuréticos osmóticos				
MANITOL	20% 250ML SISTEMA FECHADO	BOL		
Reposição hidroeletrólítica parenteral				
CLORETO DE SÓDIO	0,9%500ML	BOL		
CLORETO DE SÓDIO	0,9%1000ML	BOL		
CLORETO DE SÓDIO	20%10ML	AMP		
GLICOSE	10%SOL HIPERTONICA EST APIROGÊNICA FR 500ML	BOL		
GLICOSE	5% FISIOLÓGICA SOL ESTERIL APIROGÊNICA FR 250ML	BOL		
GLICOSE	5% FISIOLÓGICA SOL ESTERIL APIROGÊNICA FR 500ML	BOL		
GLICOSE	50%SOLUÇÃO HIPERTÔNICA AMPOLA 10ML	AMP		
Soluções hidroeletrólíticas e aditivas parenterais				
AGUA DESTILADA	ESTÉRIL APIROGÊNICA E AMP 10ML	AMP		
AGUA DESTILADA	ESTÉRIL APIROGÊNICA E 1000ML	BOL		
AGUA DESTILADA	ESTÉRIL APIROGÊNICA E 250ML	BOL		
BICARBONATO DE SÓDIO	8,4% ESTÉRIL E APIROGÊNICA 10ML	AMP		
BICARBONATO DE SÓDIO	8,4% ESTÉRIL E	BOL		

	APIROGÊNICA 250ML		
CLORETO DE POTASSIO	SOL. INJ. 10% - AMP. 10ML	AMP	
CLORETO DE SÓDIO	0,9% SOL FISIOL. ESTERIL E APIROGÊNICA - AMP. 10ML	AMP	
CLORETO DE SÓDIO	10% ESTERIL E APIROGÊNICA - 10ML	AMP	
SULFATO DE MAGNÉSIO	10% 10ML	AMP	
SULFATO DE MAGNESIO	50% 10 ML	AMP	
ALIMENTAÇÃO ENTERAL			
Alimento para Nutrição enteral e/ou oral, nutricionalmente completo, com densidade energética normal, com adequado teor proteico, de baixa osmolaridade. Com mistura proteica de proteínas animais e vegetais, enriquecido com mix de carotenóides. Contém mistura de lipídeos, ácidos graxos ômega 3 -DHA e EPA. Isento de lactose e sacarose.	Sistema fechado Pack de 1 litro		
Dieta enteral nutricionalmente completa, oligomérica de alta absorção, normocalórica com baixo teor de lipídeos e presença de TCM. Isenta de sacarose, lactose e glúten. Acrescida de mix de carotenóides. Densidade calórica 1,0kcal/ml. Composição: 16% de proteínas (hidrolisado de lactoalbumina, sendo 80% peptídeos e 20% aminoácidos livres), 69% de carboidratos (100% de maltodextrina) e 15% de lipídeos (50% óleo de soja e 50% triglicerídeo de cadeia média).	Sistema fechado Pack de 1Litro		
Alimento para nutrição oral e/ou enteral, nutricionalmente completo, densidade energética alta e adequado teor protéico. Com mistura protéica de proteínas animais e vegetais, enriquecido com mix de carotenóides, mistura de lipídeos, fornecendo ácidos graxos ômega 3 -DHA e EPA. Isento de lactose e sacarose.	Sistema fechado Pack de 1 litro		
Alimento para nutrição enteral para pacientes diabéticos ou em situações de hiperglicemia. Nutricionalmente completo e normocalórico, com 100% de proteína isolada de soja e carboidratos de baixo índice glicêmico. Enriquecido com MF6 (80% de fibras solúveis e 20% de fibras	Sistema fechado Pack de 1 litro		

Atos da Prefeitura

insolúveis). Isento de sacarose e lactose. Acrescida de mix de carotenóides.			
Alimento para Nutrição oral, nutricionalmente completo, hipercalórico, normoproteio e normolipídico, de baixo volume e alta densidade calórica. Sabores.	Garrafa de 125 ml		
Nutrição oral especialmente formulada para diabetes e situações de hiperglicemia. Suplemento nutricionalmente completo e normocalórico. Alto aporte de monoinsaturados. Enriquecido com fibras, com maior aporte de fibras solúveis. Baixo índice glicêmico. Isento de sacarose e glúten. Atendendo a todas as recomendações da ADA. Densidade calórica 1,0 Kcal/ml. Composição: 16 a 20% de proteínas, 33 a 47% de carboidratos e 33 a 49% de lipídeos.	Garrafa		
Alimento para nutrição enteral para situação metabólica com distúrbio do processo de cicatrização. Nutrição oral desenhada especificamente para cicatrização de úlceras por pressão e outras situações que exijam estímulo da cicatrização. Suplemento alimentar hiperproteico, acrescido de arginina e com alto teor de micronutrientes relacionados á cicatrização (zinco, selênio, vitaminas C, A e E;). Isento de glúten. Densidade calórica 1,25kcal/ml. Composição: 30% de proteínas, 44 a 45% de carboidratos, 25 a 26% de Lipídeo.	Garrafa		
NUTRIÇÃO PARENTERAL			
OLIGOELEMENTOS PARA NPT ADULTO SOL. INJ.	SOL. INJ.	AMP	
SOLUÇÃO NUTRITIVA PARENTERAL 3:1 (AMINOÁCIDOS+GLICÍDIOS+LÍPIDIOS) EM SISTEMA FECHADO INDUSTRIALIZADO, COM CALORIAS TOTAIS MAIOR QUE 2100KCAL, DE ADMINISTRAÇÃO CENTRAL.	BOLSA	BOL	
SOLUÇÃO NUTRITIVA PARENTERAL 3:1 (AMINOÁCIDOS+GLICÍDIOS+LÍPIDIOS) EM SISTEMA FECHADO INDUSTRIALIZADO COM CALORIAS TOTAIS MAIOR QUE 1200KCAL, DE ADMINISTRAÇÃO CENTRAL.	BOLSA	BOL	
SISTEMA CARDIOVASCULAR			

TERAPIA CARDÍACA			
GLICOSÍDEOS DIGITÁLICOS			
DIGOXINA	0,25 MG	CP	
DESLANOSÍDEO	0,2MG/ML SOL. INJ. 2ML	AMP	
ANTIARRÍTMICOS CLASSES I E III			
Antiarrítmicos classe III			
AMIODARONA CLORIDRATO	200 MG.	CP	
AMIODARONA	50 MG/ML 3ML.	AMP	
Estimulantes cardíacos			
EFEDRINA, SULFATO	50MG/ML - AMP. 1ML	AMP	
ETILEFRINA, CLORIDRATO	10MG/ML SOL. INJ. 1ML	AMP	
Agentes adrenérgicos e dopaminérgicos			
NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO	2MG/ML AMP 4ML	AMP	
DOPAMINA CLORIDRATO	5MG/ML AMP 10 ML	AMP	
DOBUTAMINA, CLORIDRATO	12,5 MG/ML 20 ML.	AMP	
EPINEFRINA	1 MG/ML 1 ML.	AMP	
VASODILATADORES UTILIZADOS EM DOENÇAS CARDÍACAS			
Nitratos orgânicos			
ISOSSORBIDA DINITRATO	5MG SUBLINGUAL CPR	CP	
ISOSSORBIDA MONONITRATO	10 MG	CP	
ISOSSORBIDA MONONITRATO	20 MG	CP	
NITROGLICERINA	5MG/ML - AMP 5ML	AMP	
OUTRAS PREPARAÇÕES CARDÍACAS			
Outros antiarrítmicos			
ADENOSINA	3MG / ML SOL. INJ. AMP. 2ML	AMP	
ANTIHIPERTENSIVOS			
AGENTES ADRENÉRGICOS, AÇÃO CENTRAL			
Metildopa			
METILDOPA	250 MG	CP	
METILDOPA	500 MG	CP	
Agonistas de receptores imidazólicos			
CLONIDINA	0,100MG	CP	
CLONIDINA	150MCG/ML SOL. INJ. 1ML	AMP	
FÁRMACOS COM AÇÃO SOBRE MÚSCULO LISO ARTERIOLAR			
Derivados da hidrazinoftalazina			
HIDRALAZINA	25 MG .	CP	
HIDRALAZINA	50 MG .	CP	
HIDRALAZINA	20MG/ML AMP. 1ML	AMP	
Derivados de nitroferriicianeto			
NITROPRUSSIATO DE SÓDIO	50MG - AMP. 2ML	AMP	
DIURÉTICOS			
TIAZÍDICOS			
HIDROCLOROTIAZIDA	25MG	CP	
DIURÉTICOS DE ALÇA			
Sulfonamidas			

FUROSEMIDA	10 MG/ML 2ML	AMP	
FUROSEMIDA	40MG	CP	
FÁRMACOS POUPADORES DE POTÁSSIO			
Antagonistas da aldosterona			
ESPIRONOLACTONA	25MG	CP	
Diuréticos osmóticos			
MANITOL	20% FRASCO 250ML	BOL	
VASOPROTETORES			
BIOFLAVONÓIDES			
DIOSMINA +HESPERIDINA	450MG + 50MG	CP	
FÁRMACOS BETABLOQUEADORES			
AGENTES BETABLOQUEADORES NÃO SELETIVOS			
PROPRANOLOL	40MG	CP	
Agentes betabloqueadores seletivos			
ATENOLOL	25MG	CP	
ATENOLOL	50MG	CP	
METOPROLOL, SUCCINATO	25MG	CP	
METOPROLOL, SUCCINATO	1MG/ML SOL. INJ. 5ML	AMP	
Agentes alfa e betabloqueadores			
CARVEDIOL	3,125MG	CP	
CARVEDIOL	6,25 MG	CP	
CARVEDIOL	12,5MG	CP	
OUTROS VASODILATADORES PERIFÉRICOS			
CILOSTAZOL	100 MG	CP	
BLOQUEADORES DOS CANAIS DE CÁLCIO			
BLOQUEADORES DOS CANAIS DE CÁLCIO SELETIVOS COM EFEITOS VASCULARES			
Derivados da diidropiridina			
ANLODIPINO BESILATO	5MG	CP	
ANLODIPINO BESILATO	10MG	CP	
NIFEDIPINA	10MG	CAP	
NIFEDIPINA RETARD	20MG	CP	
NIMODIPINA	30MG	CP	
BLOQUEADORES DOS CANAIS DE CÁLCIO SELETIVOS COM EFEITOS CARDÍACOS			
Derivados de fenilalquilamina			
VERAPAMIL	80 MG	CP	
VERAPAMIL	2,5 MG/ML - AMP. 2 ML	AMP	
Derivados da benzotiazepina			
DILTIAZEN	30MG	CP	
FÁRMACOS COM AÇÃO NO SISTEMA-RENINA ANGIOTENSINA			
INIBIDORES DA ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA			
CAPTOPRIL	25 MG.	CP	
ENALAPRIL , MALEATO	5 MG	CP	
ENALAPRIL	10 MG	CP	
ENALAPRIL	20MG	CP	
Antagonistas de angiotensina II			
LOSARTANA	50MG	CP	

FÁRMACOS HIPOLIPEMIANTES			
REDUTORES DE TRIGLICERÍDEOS E COLESTEROL			
Inibidores de HMG-CoA redutase			
SINVASTATINA	20 MG	CP	
PREPARAÇÕES PARA A PELE E MUCOSA (DERMATOLÓGICOS)			
ANTIFÚNGICOS PARA USO DERMATOLÓGICOS			
DERIVADOS IMIDAZÓLICOS E TRIAZÓLICOS			
CETOCONAZOL	XAMPU 2% FR 120ML	FR	
CETOCONAZOL	200MG	CP	
CETOCONAZOL	20MG/ G CREME DERMATOLOGICO 30G	TB	
EMOLIENTES E PROTETORES			
Outros emolientes e protetores			
ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS	LOÇÃO OLEOSA	FR	
OXIDO DE ZINCO + VITAMINAS A, E	BISNAGA 45G	TB	
VASELINA	POMADA 30G	TB	
VASELINA	LIQUIDA 1000ML	FR	
HIDROGEL COM ALGINATO	GEL 85G	TB	
UREIA CREME	100MG/G POTE	TB	
FILTRO PROTETOR SOLAR	50 FPS 100ML	TB	
OUTRO ANTISÉPTICO			
PERMANGANATO DE POTÁSSIO	100MG	CP	
OUTROS ANTISSEPTICO E DESINFETANTE			
ÁCIDO TRICLOROACÉTICO SOLUÇÃO	80% FR 20ML	FR	
ÁGUA OXIGENADA (PERÓXIDO DE HIDROGÊNIO)	10 VOL 1000ML	FR	
ALCOOL ETILICO	70% 1000ML	FR	
HIPOCLORITO	1% 5000 ML	GL	
FORMOL	1% 1000ML	FR	
ACIDO PERACETICO 0,2% COM INIBIDOR DE CORROSAO	0,2% 5000ML	GL	
ETER ALCOOLIZADO	35% 1000ML	FR	
BIGUANIDA			
CLOREXIDINA, DIGLUCONATO DEGERMANTE	4% 1000ML	FR	
CLOREXIDINA, DIGLUCONATO ALCOÓLICA	5% 1000ML	FR	
CLOREXIDINA, DIGLUCONATO TÓPICA	2% 1000ML	FR	
POLIHAXANIDA, AQUOSA PHMB	350 ML	FR	
PRODUTOS DE IODO			
POLIVINILPIRROLIDONA, SOLUÇÃO TÓPICA	1000 ML	FR	
POLIVINILPIRROLIDONA, SOLUÇÃO AQUOSA A 10% COM 1% DE IODO ATIVO	1000 ML	FR	
PREPARAÇÕES PARA O TRATAMENTO DE FERIDAS E ÚLCERAS			
Enzimas proteolíticas			

Atos da Prefeitura

COLAGENASE	0,6UI/G POMADA BISNAGA 30G	TB	
ANTIBIÓTICOS E QUIMIOTERÁPICOS DE USO TOPICO			
Antibióticos para uso tópico			
NEOMICINA,SULFATO+BACITRACINA	5MG/G+250UI/G POMADA BISNAGA 10G	TUB	
MUPIROCINA	20MG/G CREME 15G	TUB	
Quimioterápicos para uso tópico			
SULFADIAZINA DE PRATA	1% CREME 60 GR	TUB	
SULFADIAZINA DE PRATA	1% 400 G POTE	PT	
CORTICOSTERÓIDES, PREPARAÇÕES PARA USO TÓPICO			
CORTICOSTERÓIDES, APENAS			
Corticosteróides de potência moderada (grupo II)			
DEXAMETASONA	CREME 0,1% - BISNAGA 10G	BI	
DEXAMETASONA	0,1% COLIRIO 5ML	FR	
SISTEMA GENITO URINÁRIO E HORMÔNIOS SEXUAIS			
ANTIINFECIOSOS GINECOLÓGICOS			
Antibióticos			
NISTATINA	25.000UI/G CREME VAGINAL BISNAGA 60G + APLICADOR	BI	
Derivados imidazólicos			
METRONIDAZOL	100MG/G (10%) GELEIA VAGINAL	BI	
MICONAZOL NITRATO	2% CREME 28G	TB	
NITRATO DE MICONAZOL	CREME VAGINAL 2%TB C/60G +APLICADOR GINECOLÓGICO	TB	
OUTROS GINECOLÓGICOS			
OCITÓCITOS			
Alcalóides do Ergot			
METILERGOMETRINA, MALEATO	0,125MG COMP	CP	
METILERGOMETRINA, MALEATO	0,2MG/ML - AMP. 1ML	AMP	
Prostaglandinas			
MISOPROSTOL	200 MCG	CP	
MISOPROSTOL	25 MCG	CP	
Outros ginecológicos			
CARBEGOLINA	0,5 MG	CP	
HORMÔNIOS SEXUAIS E MODULADORES DO SISTEMA GENITAL			
CONTRACEPTIVOS ORAIS PARA USO SISTÊMICO			
Progestógenos e estrógenos, combinações fixas			
LEVONORGESTREL+ETINILESTRADIOL	0,15MG+0,03MG CARTELA COM 21CPS	CP	

Atos da Prefeitura

Progestógenos			
NORETISTERONA	0,35MG	CP	
LEVONORGESTREL	0,75 MG CARTELA COM 02CPS	CP	
MEDROXIPROGESTERONA	10MG	CP	
MEDROXIPROGESTERONA	50MG/ML	AMP	
MEDROXIPROGESTERONA	150MG/ML	AMP	
ENANTOATO DE NORESTIRONA +VALERATO DE ESTRADIOL	50MG + 5MG/ML	AMP	
ESTRÓGENOS			
ESTRIOL	1MG/G CREME GINICOLOGICO BISNAGA 50G+APLICADOR	BI	
ESTROGENIOS CONJUGADOS	0,3MG	CP	
ESTROGENIOS CONJUGADOS	0,625MG/G	TUB	
PROGESTÓGENOS			
PROGESTERONA MICRONIZADA	200MG	CP	
ANTIANDRÓGENOS			
CIPROTERONA	ACETATO DE CIPROTERONA 50MG	CP	
UROLÓGICOS			
ANTIINFECCIOSOS E ANTI-SÉPTICOS URINÁRIOS			
Derivados de Nitrofurano			
NITROFURANTOINA	100MG	CP	
DROGAS USADAS EM HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA			
DOXAZOSINA	2MG	CP	
PREPARAÇÕES DO SISTEMA HORMONAL, EXCETO HORMÔNIOS SEXUAIS E INSULINA			
HORMÔNIOS PITUITÁRIOS E HIPOTALAMICOS E ANÁLOGOS			
HORMÔNIOS DO LOBO POSTERIOR DA PITUITÁRIA			
VASOPRESSINA E ANÁLOGOS			
VASOPRESSINA	20U/ML AMP.C/1ML	AMP	
OXITOCINAS E DERIVADOS			
OXITOCINA	5UI/ML AMP 1ML	AMP	
CORTICOSTERÓIDES PARA USO SISTÊMICO, APENAS			
Glicocorticóides			
DEXAMETASONA	4MG/ML - F/A 2,5 ML	AMP	
DEXAMETASONA	4MG	CP	
DEXAMETASONA	ELIXIR 0,5MG/5ML	FR	
PREDNISOLONA	4,02MG/ML SOLUÇÃO ORAL	FR	
METILPREDNISOLONA	125MG PÓ INJ	AMP	
PREDNISONA	5MG	CP	
PREDNISONA	20MG	CP	
HIDROCORTISONA	100 MG	F/A	
HIDROCORTISONA	500 MG	F/A	
CORTICOSTERÓIDES PARA USO SISTÊMICO, COMBINAÇÕES			
ACETATO DE BETAMETASONA	MG/ML SUSPENSAO	AMP	

3MG+FOSFATO DE BETAMETASONA 3 MG/ML SUSPENSAO INJETAVEL 1 ML	INJETAVEL 1 ML		
TERAPIA TIREOIDIANA			
PREPARAÇÕES TIREOIDEANAS			
LEVOTIROXINA SODICA	25 MG	CP	
LEVOTIROXINA SODICA	50 MG	CP	
LEVOTIROXINA SODICA	100 MG	CP	
ANTIINFECCIOSOS PARA USO SISTÊMICO			
ANTIBACTERIANOS PARA USO SISTÊMICO			
Tetraciclínas			
TIGECICLINA	50 MG PÓ LIÓFILO	BOL	
ANTIBACTERIANOS BETA LACTÂMICOS, PENICILINAS			
Penicilinas semi-sintéticas			
AMPICILINA	PÓ SOL. INJ. 1G	F/A	
AMPICILINA	PÓ SOL. INJ. 500MG	F/A	
AMOXICILINA	250 MG/5 ML SUSPENSAO ORAL	FR	
AMOXICILINA	500 MG.	CAP	
Penicilinas naturais			
BENZILPENICILINA G POTASSICA	5.000.000UI	F/A	
BENZILPENICILINA G BENZATINA	600.000UI 4ML	F/A	
BENZILPENICILINA G BENZATINA	1.200.000UI 4ML	F/A	
BENZILPENICILINA PROCAINA	300.000+ BENZILPENICILINA POTASSICA 100.000 UI	F/A	
OXACILINA	500MG	F/A	
Combinações de penicilinas, incluindo os inibidores da beta lactamase			
AMOXICILINA+CLAVULANATO POTÁSSIO	250MG+62,5/5ML SUSPENSAO ORAL	FR	
AMOXICILINA+CLAVULANATO POTÁSSIO	500MG + 125MG	CP	
AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO	1000/200UI PO LIOFILO	F/A	
PIPERACILINA + TAZOBACTAN	4.000MG + 500MG PO LIOFILO	F/A	
OUTROS ANTIBACTERIANOS BETA-LACTÂMICOS			
CEFALOSPORINAS E SUBSTÂNCIAS RELACIONADAS			
CEFAZOLINA	1G	F/A	
CEFEPIMA	1G PÓ SOL. INJ. 1G	F/A	
Cefalosporinas de primeira geração			
CEFALEXINA	250 MG /5ML	FR	
CEFALEXINA	500 MG.	CAP	
Cefalosporinas de terceira geração			
CEFTRIAXONA	1G INJETAVEL (EV) F/A + DILUENTE MINIMO 10ML	F/A	
CEFTAZIDIMA	1G INJETAVEL FRASCO-AMPOLA + DILUENTE MINIMO 10ML	F/A	
Cefalosporina de quarta geração			

CEFEPIMA	1G	F/A	
Carbapenêmicos			
IMIPENEM + CILASTATINA	500MG PÓ INJ.	F/A	
MEROPENEM	500MG PÓ INJ	F/A	
SULFONAMIDAS E COMBINAÇÕES COM TRIMETROPIMA			
Combinações de sulfonamidas e trimetoprima, incluindo derivados			
SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	400MG/5ML+80MG/5ML IV	AMP	
SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	40 MG/ML + 8 MG/ML SUSPENSÃO ORAL 50ML	FR	
SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	400+80 MG	CP	
MACROLÍDEOS E LINCOSAMIDAS			
Macrolídeos			
AZITROMICINA	500MG CAPSULA	CAP	
AZITROMICINA	600MG(40MG/ML) PO PARA SUSP. 15ML	FR	
AZITROMICINA	500MG PO LIOFILO	FR/A	
ESPIRAMICINA	500MG	CP	
CLARITROMICINA	50MG/ML ORAL SUSP	FR	
CLARITROMICINA	500MG PO LIOFILO	F/A	
CLARITROMICINA	500MG	CP	
Lincosamidas			
CLINDAMICINA	300MG	CAP	
CLINDAMICINA	150MG/ML 4ML	AMP	
ANTIBACTERIANOS AMINOGLICOSÍDEOS			
Outros aminoglicosídeos			
GENTAMICINA	40MG/ML; 2ML SOL. INJ.	AMP	
GENTAMICINA	80MG/ML; 2ML SOL. INJ.	AMP	
GENTAMICINA	5MG/ML COLIRIO 5ML	FR	
AMICACINA	250MG/ML 2ML	AMP	
QUINOLONAS			
Fluoroquinolonas			
LEVOFLOXACINO	5MG/ML SOL. INJ. BOLSA SISTEMA FECHADO 100ML	UN	
CIPROFLOXACINO	500MG	CP	
CIPROFLOXACINO	SOL. P/INFUSÃO VENOSA 2MG/ML 100ML	FR	
NORFLOXACINO	400MG	CP	
OUTROS ANTIBACTERIANOS			
Antibacterianos glicopeptídicos			
VANCOMICINA	500MG PO LIOFILO	F/A	
Antibacterianos polipeptídicos			
POLIMIXINA, SULFATO	5.000.000 UI PO LIOFILO	F/A	

Derivados imidazólicos			
BENZOILMETRONIDAZOL	40MG/ML SUSPENÇÃO ORAL	FR	
METRONIDAZOL	250MG	CP	
METRONIDAZOL	5MG/ML - FR. 100ML	BOL	
Derivados de Nitrofurano			
NITROFURANTOÍNA	100MG	CAP	
ANTIMICÓTICOS PARA USO SISTÊMICO			
Antibióticos			
ANFOTERICINA B	50MG SOL INJETÁVEL 10ML	AMP	
Derivados triazólicos			
FLUCONAZOL	100MG	CAP	
FLUCONAZOL	150MG	CAP	
FLUCONAZOL	2MG/ML 100ML SOL INJ	BOL	
ITRACONAZOL	100MG	CP	
ANTIVIRAIS PARA USO SISTÊMICO			
ANTIVIRAIS DE AÇÃO DIRETA			
Inibidores da polimerase			
ACICLOVIR	200 MG	CP	
ACICLOVIR	250 MG PO LIOFILO	F/A	
ACICLOVIR	5% CREME	TUB	
SOROS E IMUNOGLOBULINAS			
IMUNOGLOBULINAS			
Imunoglobulinas específicas			
IMUNOGLOBULINA ANTI RHO	SOL. INJ. 2ML	F/A	
SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO			
PRODUTOS ANTI-INFLAMATÓRIOS			
PRODUTOS ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDAIIS			
Derivados de ácido acético e substâncias correlatas			
DICLOFENACO DIETILAMONIO	11,6MG/G	GEL	
DICLOFENACO POTASSICO	50MG	CP	
DICLOFENACO POTASSICO	75MG/3ML	AMP	
DICLOFENACO, SODIO	25MG/ML SOL. INJ. - AMP. 3ML	AMP	
DICLOFENACO, SODIO	50MG	CP	
OUTROS			
NIMESULIDA	100MG	CP	
NIMESULIDA	50MG/ML	FR	
Oxicans			
TENOXICAN	20MG/ML PÓ P/SOL. INJ. - + DILUENTE 2ML	F/A	
TENOXICAN	20MG	CP	
Derivados do ácido propiônico			
IBUPROFENO	50MG/ML SUSP. ORAL FR 30ML	FR	

Atos da Prefeitura

IBUPROFENO	600 MG	CP	
CETOPROFENO	100MG	CP	
CETOPROFENO IM	100MG/2ML	AMP	
CETOPROFENO IV	100MG	AMP	
OUTROS AGENTES ANTINFLAMATÓRIOS E ANTIREUMÁTICOS, NÃO ESTEROIDAIS			
SULFATO DE GLICOSAMINA +SULFATO DE CONDROITINA	500 + 400MG	CAP	
SULFATO DE GLICOSAMINA +SULFATO DE CONDROITINA	1,5 + 1,2 G	SAC	
RELAXANTES MUSCULARES			
RELAXANTES MUSCULARES, AGENTES DE AÇÃO PERIFÉRICA			
Derivados da colina			
SUXAMETONIO, (SUCCINILCOLINA)	100MG PO LIOFILO INJETAVEL	F/A	
Outros compostos de amônio quaternário			
PANCURÔNIO, BROMETO	2MG/ML SOL. INJ. 2ML	AMP	
ATRACURIO, BESILATO	10MG/ML AMP 2,5ML	AMP	
ROCURÔNIO	SOL. INJ. 10MG/ML - AMP. 5ML	F/A	
PREPARAÇÕES ANTIGOTA			
Inibidores da produção de ácido úrico			
ALOPURINOL	100MG	CP	
ALOPURINOL	300MG	CP	
PREPARAÇÕES QUE NÃO AGEM NO METABOLISMO DO ÁCIDO ÚRICO			
FÁRMACO PARA TRATAMENTO DE DOENÇAS ÓSSEAS			
ALENDRONATO DE SÓDIO	70MG	CP	
SISTEMA NERVOSO			
ANESTÉSICOS			
ANESTÉSICOS GERAIS			
Hidrocarbonetos halogenados			
ISOFLURANO	SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO 100ML	FR	
SEVOFLURANO	FRASCO 250ML	FR	
Barbitúricos, apenas			
Opióides, derivados da fenilpiperidina			
ALFENTANILA, CLORIDRATO	0,50MG - AMP 5ML	AMP	
Outros anestésicos gerais			
CETAMINA	50MG/10ML SOL INJ.	F/A	
ETOMIDATO	2MG/ML (0,2%) 10ML	AMP	
PROPOFOL	10MG/ML SOL. INJ. - AMP. 20ML	AMP	
ANESTÉSICOS LOCAIS			
Amidas			
BUPIVACAÍNA HIPERBÁRICA	0,5% AMP 4ML(+)	AMP	

Atos da Prefeitura

	GLICOSE)		
BUPIVACAÍNA	0,5% SOL. INJ. 20 ML	F/A	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA 0,5% + EPINEFRINA	SOL. INJ. 20ML	F/A	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	0,5% - AMP 4ML	AMP	
LEVOPUIVACAINA	0,5% - F/A 20ML SEM VASO	F/A	
LIDOCAINA	2% C/ VASO CONSTRICTOR 20ML	FR	
LIDOCAINA	2% C/ VASO 1:200.000 20ML FRASCO	FR	
LIDOCAINA	2% C/ VASO 1:100.000 TUBETE 1,8ML	TB	
LIDOCAINA	1% C/ VASO 1.200.000 TUBETE 1,8ML	TB	
LIDOCAINA	1% 20ML FRASCO	FR	
LIDOCAINA	2% 5ML SEM VASO CONSTRITOR	TUB	
LIDOCAINA	GEL 2% TB 30G	TUB	
LIDOCAINA	2% C/ VASO CONSTRICTOR 5ML	AMP	
LIDOCAINA	SPRAY 10% FR 50ML	FR	
ROPIVACAINA	10MG	INJ	
MEPIVACAÍNA	3% C/VASO TUBETE 1,8 ML		
BENZOCAÍNA	20% PASTA	TUB	
CLODRATO DE PRILOCAÍNA COM FELIPRESSINA	3% + 0,03 UI	TUB	
ANALGÉSICOS			
OPIÓIDES			
Alcalóides naturais e derivados do ópio			
MORFINA	10MG/ML AMP 1ML	AMP	
MORFINA	10MG	CP	
MORFINA	SOL. INJ. 0,2MG/ML -	AMP	
MORFINA	SOL. INJ. 0,1MG/ML -	AMP	
CODEINA	30MG	CP	
Derivados de fenilpiperidina			
PETIDINA	50MG/ML - AMP. 2ML	AMP	
FENTANILA	0,05MG/ML (S/CONSERV. USO ESPINHAL) AMP. 2ML	AMP	
FENTANILA	0,05 MG/ML - F/A 10ML	AMP	
Derivados morfínicos			
Outros analgésicos opioides			
TRAMADOL	100 MG/2ML SOL. INJ.	AMP	
TRAMADOL	50 MG	CAP	

NALBUFINA	20MG	AMP	
OUTROS ANALGÉSICOS E ANTIPIRÉTICOS			
ACIDO SALICILICO E DERIVADOS			
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	100 MG	CP	
Pirazonas			
DIPIRONA	500 MG	CP	
DIPIRONA	500 MG 2 ML SOL INJ	AMP	
DIPIRONA	500 MG/ML 10ML SOL. ORAL	FR	
Anilidas			
PARACETAMOL	200MG/ML 20 ML GOTAS	FR	
PARACETAMOL	500 MG	CP	
ANTI-EPILEPTICOS			
ANTI-EPILEPTICOS			
Barbitúricos e derivados			
FENOBARBITAL	100MG	CP	
FENOBARBITAL	100MG/ML AMP. 2 ML	AMP	
FENOBARBITAL	SOL. ORAL 4% - FR 20 ML	FR	
Derivados de hidantoína			
FENITOÍNA	100 MG	CP	
FENITOÍNA	50MG/ML - AMP. 5 ML	AMP	
Derivados benzodiazepínicos			
BROMAZEPAM	6MG	CP	
CLONAZEPAM	2,5 MG/ML SOL. ORAL	FR	
CLONAZEPAM	0,5MG	CP	
CLONAZEPAM	2MG	CP	
Derivados de carboxamida			
CARBAMAZEPINA	20MG/ML SUSP. ORAL - FR 100 ML	FR	
CARBAMAZEPINA	200MG	CP	
Derivados de ácidos graxos			
VALPROATO DE SÓDIO	250MG	CP	
VALPROATO DE SÓDIO	XAROPE 57,624MG/ML (EQUIVALE A 50MG/ML DE ACIDO VALPROICO) 100ML	FR	
VALPROATO DE SÓDIO	500MG	CP	
DROGAS ANTI-PARKISONIANAS			
AGENTES ANTI-COLINÉRGICOS			
Aminas terciárias			
BIPERIDENO	2 MG	CP	
AGENTES DOPAMINÉRGICOS			
Dopa e derivados dopaminérgicos			
LEVODOPA+CARBIDOPA	250MG+25MG	CP	
LEVODOPA+CARBIDOPA	200MG+50MG	CP	

LEVODOPA +BENSERAZIDA	100MG+25MG	CP	
LEVODOPA +BENSERAZIDA	200MG+50MG	CP	
PSICOLÉPTICOS			
ANTIPSIKÓTIKOS			
Fenotiazinas com cadeia lateral alifática			
CLOPPROMAZINA	100MG	CP	
CLOPPROMAZINA	25MG	CP	
CLOPPROMAZINA	SOL. ORAL 4% = FR. 20 ML	FR	
CLOPPROMAZINA	5MG/ML INJETÁVEL	AMP	
LEVOMEPPROMAZINA	100MG	CP	
LEVOMEPPROMAZINA	25MG	CP	
LEVOMEPPROMAZINA	25MG SOLUÇÃO ORAL - FR. 20ML	FR	
ATIPICOS			
RISPERIDONA	2MG	CP	
RISPERIDONA	3MG	CP	
RISPERIDONA	1MG/ML	CP	
FENOTIAZINA COM CADEIA LATERAL PIPERIDÍNICA			
PERICIAZINA	1% SOL. ORAL	FR	
PERICIAZINA	4% SOL. ORAL	FR	
Derivados da butirofenona			
HALOPERIDOL	5 MG	CP	
HALOPERIDOL	5MG/1ML AMP. 1ML	AMP	
HALOPERIDOL	2MG/ML SOL ORAL	FR	
HALOPERIDOL	DECANOATO 50MG/ML 1ML	AMP	
Lítio			
LITIO, CARBONATO	300MG	CP	
LITIO, CARBONATO	450 MG	CP	
ANSIOLÍTICOS			
Derivados benzodiazepínicos			
DIAZEPAM	5 MG	CP	
DIAZEPAM	10 MG	CP	
DIAZEPAM	SOL. INJ. 2 ML	AMP	
ALPRAZOLAM	0,5 MG	CP	
ALPRAZOLAM	2,0MG	CP	
HIPNÓTIKOS E SEDATIVOS			
Derivados benzodiazepínicos			
MIDAZOLAM	15MG/ML 3ML	AMP	
MIDAZOLAM	50MG/ML 10ML		
PSICOANALÉPTICOS			
ANTIDEPRESSIVOS			
Tricíclicos			
IMIPRAMINA	10MG	CP	
IMIPRAMINA	25MG	CP	
CLOMIPRAMINA	25MG	CP	
AMITRIPTILINA	25MG	CP	
Inibidores seletivos da recaptação de serotonina			
OXALATO DE ESCITALOPRAM	10MG	CP	
FLUOXETINA, CLORIDRATO	20MG/ML	FR	

Atos da Prefeitura

FLUOXETINA, CLORIDRATO	20MG	CAP	
SERTRALINA	50MG	CP	
OUTROS FÁRMACOS PARA O SISTEMA NERVOSO			
PARASSIMPATICOMIMÉTICOS			
Anticolinesterases			
NEOSTIGMINA	0,5MG	AMP	
ANTIPARASITÁRIOS			
ANTIPROTOZOÁRIOS			
Derivados de Nitroimidazol			
BENZOILMETRONIDAZOL	40MG/ML SUSPENSÃO ORAL	FR	
METRONIDAZOL	GELÉIA VAGINAL C/ APL. 100MG/G - BNG 50 G	TUB	
METRONIDAZOL	250MG	CP	
METRONIDAZOL	5MG/ML - FR. 100ML SISTEMA FECHADO	BOL	
Derivados de Diaminopirimidinas			
ANTIMALARIAL			
PIRIMETAMINA	25mg	CP	
ANTI-HELMÍNTICOS			
AGENTES ANTINEMATÓDIOS			
Derivados benzomidazólicos			
ALBENDAZOL	MASTIGÁVEL 400MG	CP	
ALBENDAZOL	40 MG/ML SUSPENSÃO ORAL FRASCO C/ 20ML	FR	
MEBENDAZOL	SUSPENSÃO ORAL 20MG/ML - FR. 30ML	FR	
MEBENDAZOL	100MG	CP	
Ivermectinas			
IVERMECTINA	6MG	CP	
ECTOPARASITICIDAS			
Piretrinas, inclusive compostos sintéticos			
PERMETRINA	5% LOÇÃO FR 60ML	FR	
Derivados do ácido benzoico			
BENZOATO, BENZILA	25% EMULSAO TOPICA FRASCO 100ML	FR	
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
ANTI-ASMÁTICOS			
OUTROS ANTI-ASMÁTICOS, INALANTES			
Glicocorticóides			
DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA	200MCG/ML FLACONETE COM 2ML	FL	
DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA FRASCO DOSIFICADOR	250 MCG/DOSE	FR	

Atos da Prefeitura

BUDESONIDA	AEROSOL NASAL	FR	
	64MCG		
BUDESONIDA	AEROSOL NASAL	FR	
	32MCG		
INALANTES BETA-2 AGONISTA / CORTICOSTEROIDE			
FORMOTEROL + BUDESONIDA	12/400MCG INALANTE	FR	
Anticolinérgicos			
BROMETO DE IPRATRÓPIO	0,25MG/ML SOL. INAL. 20ML	FR	
ADRENÉRGICOS PARA USO SISTÊMICO			
AGONISTAS ALFA E BETA-ADRENORECEPTORES			
EFEDRINA	50MG/ML	AMP	
AGONIST ALFA2 ADRENÉRGICO			
DEXMEDETOMIDINA	200MCG/2ML	F/A	
AGONISTAS SELETIVOS B2 ADRENÉRGICOS			
SALBUTAMOL	0,5 MG/ML 1ML SOL. INJ.	AMP	
SALBUTAMOL	AEROSOL 100 MG DOSE	FR	
SALBUTAMOL	2MG	CP	
FENOTEROL	5MG/ML FRASCO 20ML	FR	
FENOTEROL	AEROSOL 100MCG DOSE	FR	
OUTROS ANTI-ASMÁTICOS PARA USO SISTÊMICO			
XANTINAS			
AMINOFILINA	SOL. INJETAVEL 240 MG/ML - AMP. 10ML	AMP	
PREPARAÇÕES PARA TOSSE			
MUCOLÍTICOS			
ACETILCISTEÍNA	200MG SACHE 5G	ENV	
ACETILCISTEINA	40 MG/ML	FR	
ACETILCISTEÍNA	20MG/ML	FR	
ACETILCISTEINA	100MG/ML	INJ	
ACEBROFILINA	25MG/ML	FR	
ACEBROFILINA	50MG/ML	FR	
AMBROXOL	3MG/ML	FR	
AMBROXOL	6MG/ML	FR	
ANTI-HISTAMÍNICOS PARA USO SISTÊMICO			
ANTI-HISTAMÍNICOS H1 DE 1.ª GERAÇÃO			
Alquilaminas substituídas			
DEXCLORFENIRAMINA	2MG	CP	
DEXCLORFENIRAMINA	2MG/5ML XAROPE 100 ML	FR	
Derivados de fenotiazina			
PROMETAZINA	25 MG	CP	
PROMETAZINA	25 MG 2 ML SOL.INJ	AMP	

Outros anti-histamínicos para uso sistêmico				
LORATADINA	10 MG	CP		
LORATADINA	1MG/ML XAROPE 100ML	FR		
DES Loratadina	0,5MG ML	FR		
OUTROS PRODUTOS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO				
SURFACTANTES PULMONAR				
FRAÇÃO FOSFOLIPÍDICA	25MG/ML A 80MG/ML SOL F/A	F/A		
ÓRGÃOS SENSORES				
OFTALMOLÓGICOS				
ANTIINFECCIOSOS				
TOBRAMICINA	0,3% COLÍRIO FR.C/5ML	FR		
PREPARAÇÕES ANTIGLAUCOMA E MIÓTICAS				
Simpatomiméticos para tratamento de glaucoma				
BRIMONIDINA	0,2% SOL. OFT. 5ML	FR		
Parasimpaticomimético				
PILOCARPINA, CLORIDRATO	2% SOL. OFT. 10ML	FR		
Inibidor da anidrase carbônica				
DORZOLAMIDA, CLORIDRATO	2% SOL. OFT. 5ML	FR		
BRINZOLAMIDA	1% SUSP. OFT. 5ML	FR		
Agentes beta-bloqueadores				
TIMOLOL	0,25%5ML COLÍRIO	FR		
TIMOLOL	0,5% 5ML COLÍRIO	FR		
Análogos da Prostaglangina				
BIMATOPROSTA	0,3MG/ML	FR		
LATANOPROSTA	0,05MG/ML SOL. OFT. 2,5ML	FR		
TRAVOPROSTA	0,004% SOL. OFT. 2,5ML	FR		
MIDRIÁTICOS E CICLOPLÉGICOS				
Anticolinérgicos				
TROPICAMIDA	1% 5ML SOLUÇÃO OFTALMICA	FR		
VÁRIOS				
OUTROS PRODUTOS TERAPÊUTICOS				
Antídotos				
PROTAMINA	10MG/ML SOL INJ 5ML	AMP		
NALOXONA	0,4MG/ML AMP 1ML	AMP		
FLUMAZENIL	0,1MG/ML - AMPOLA 5 ML	AMP		
Fármacos para tratamento da hiperpotassemia e hiperfosfatemia				
POLIESTIRENOSSULFONATO, CALCIO	900 MG - ENVELOPE	ENV		
Agentes desintoxicantes no tratamento com antineoplásicos				

FOLINATO DE CALCIO (ACIDO FOLINICO)	15MG	CP	
-------------------------------------	------	----	--

MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESTRATÉGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Esse Componente da Assistência Farmacêutica objetiva disponibilizar medicamentos e serviços farmacêuticos para o atendimento de Programas Estratégicos de Saúde. O Ministério da Saúde considera como estratégicos todos os medicamentos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico, cujo controle e tratamento tenham protocolos e normas estabelecidas e que tenham impacto socioeconômico.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) destina-se à garantia do acesso a medicamentos e insumos, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos específicos, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS.

O CESAF disponibiliza medicamentos para pessoas acometidas por tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas, cólera, esquistossomose, leishmaniose, filariose, oncocercose, peste, tracoma, micoses sistêmicas e outras doenças decorrentes e perpetuadoras da pobreza. São garantidos, ainda, medicamentos para influenza, HIV/AIDS, doenças hematológicas, tabagismo e deficiências nutricionais, além de vacinas, soros e imunoglobulinas. Os medicamentos e insumos são financiados e adquiridos pelo Ministério da Saúde, sendo distribuídos aos estados e Distrito Federal. Cabem a esses o recebimento, armazenamento e a distribuição aos municípios.

Item	Denominação Genérica	Apresentação Farmacêutica	Tratamento
1	Abacavir	Solução Oral 20mg/ML	Aids
2	Abacavir	Comprimido 300mg	Aids
3	Atazanavir	Cápsula Gelatinosa 200mg	Aids
4	Atazanavir	Cápsula Gelatinosa 300mg	Aids
5	Darunavir	Comprimido 75mg	Aids
6	Darunavir	Comprimido 150mg	Aids
7	Darunavir	Comprimido 300mg E 600 Mg	Aids

Atos da Prefeitura

8	Didanosina	Cápsula Gelatinosa Dura Entérica 250mg	Aids
9	Didanosina	Cápsula Gelatinosa Dura Entérica 400mg	Aids
10	Didanosina + Antiácido	Pó Tamponado Para Suspensão Oral 4g + Solução Oral De 200 MI	Aids
11	Efavirenz	Cápsula 200mg	Aids
12	Efavirenz	Comprimido 600mg	Aids
13	Efavirenz	Solução Oral 30mg/MI	Aids
14	Enfuvirtida	Injetável 90mg/MI	Aids
15	Estavudina	Injetável 1mg/MI	Aids
16	Etravirina	Comprimido 100mg	Aids
17	Fosamprenavir	Suspensão Oral 50mg/MI	Aids
18	Fosamprenavir	Comprimido 700mg	Aids
19	Lamivudina	Solução Oral 10mg/MI	Aids
20	Lamivudina	Comprimido 150mg	Aids
21	Lopinavir + Ritonavir	Comprimido 100mg + 25mg	Aids
22	Lopinavir + Ritonavir	Comprimido 200mg + 50mg	Aids
23	Lopinavir + Ritonavir	80mg/MI + 20mg/MI	Aids

Atos da Prefeitura

24	Maraviroque	Comprimido 150mg	Aids
25	Nevirapina	Comprimido 200mg	Aids
26	Nevirapina	Suspensão Oral 10mg/MI	Aids
27	Raltegravir	Comprimido 400mg	Aids
28	Ritonavir	Cápsula Gelatinosa Mole 100mg	Aids
29	Ritonavir	Solução Oral 80mg/MI	Aids
30	Saquinavir	Cápsula Gelatinosa Mole 200mg	Aids
31	Tenofovir	Comprimido 300mg	Aids
32	Tipranavir	Cápsula 250mg	Aids
33	Tipranavir	Solução Oral 100mg/MI	Aids
34	Zidovudina	Cápsula Gelatinosa Dura 100mg	Aids
35	Zidovudina	Injetável 10mg/MI	Aids
36	Zidovudina	Solução Oral 10mg/MI	Aids
37	Zidovudina + Lamivudina	Comprimido 300mg + 150mg	Aids
38	Eritromicina, Estolato De	Comprimido 500mg	Cólera
39	Eritromicina, Estolato De	Suspensão Oral 50mg/MI	Cólera

Atos da Prefeitura

40	Solução Ringer + Lactato	MI + Cloreto De Potássio 0,3mg/MI + Cloreto De Cálcio 0,2mg/MI	Cólera
	Cloranfenicol	25 Mg/MI Suspensão Oral	Febre Maculosa
41	Doxiciclina	Comprimido 100mg	Cólera, Febre Maculosa E Malária
42	Azitromicina	Comprimido 500mg	Cólera E Tracoma
43	Cloreto De Sódio	Injetável 0,9% (0,154meq/MI)	Dengue
44	Paracetamol	Comprimido 500mg	Dengue
45	Paracetamol	Solução Oral 200mg/MI	Dengue
46	Sais Para Reidratação Oral	Pó Para Solução Oral	Dengue
47	Benznidazol	Comprimido 12,5mg	Doença De Chagas
48	Benznidazol	Comprimido 100mg	Doença De Chagas
49	Oxamniquina	Suspensão Oral 50 Mg/MI	Esquistossomose
50	Praziquantel	Comprimido 600mg	Esquistossomose
51	Dietilcarbamazina	Comprimido 50mg	Filariose
52	Clofazimina	Cápsula 50mg	Hanseníase
53	Minociclina	Comprimido 100mg	Hanseníase
54	Pentoxifilina	Comprimido 400mg	Hanseníase

55	Prednisona	Comprimido 5mg	Hanseníase
56	Prednisona	Comprimido 20mg	Hanseníase
57	Rifampicina	Cápsula 150mg (Somente Nos Blisters Para Hanseníase Paucibacilar E Multibacilar Pediátrico)	Hanseníase
58	Rifampicina (RFM) + Clofazimina (CFZ) + Dapsona (DDS) (Adulto)	RFM: Cápsula De 300 Mg (2) + DDS: Comprimido De 100 Mg (28) + CFZ: Cápsula De 100 Mg (3) E Cápsula De 50 Mg (27)	Hanseníase
59	Rifampicina (RFM) + Clofazimina (CFZ) + Dapsona (DDS)	RFM: Cápsula De 150 Mg (1) E Cápsula De 300 Mg (1) + DDS: Comprimido De 50 Mg (28) + CFZ: Cápsula De 50 Mg (16)	Hanseníase
60	Rifampicina (RFM) + Dapsona (DDS) (Adulto)	RFM: Cápsula De 300 Mg (2) + DDS: Comprimido De 100 Mg (28)	Hanseníase
61	Rifampicina (RFM) + Dapsona (DDS) (Pediátrico)	RFM: Cápsula De 150 Mg (1) E Cápsula De 300 Mg (1) + DDS: Comprimido De 50 Mg (28)	Hanseníase
62	Clofazimina	Cápsula 100mg	Hanseníase E Tuberculose
63	Ofloxacino	Comprimido 400mg	Hanseníase E Tuberculose
64	Rifampicina	Suspensão Oral 20mg/ML	Hanseníase, Meningite E Tuberculose
65	Rifampicina	Cápsula 300mg	Hanseníase, Meningite, Tuberculose
66	Anfotericina B Desoxicolato	Injetável 50mg	Leishmaniose
67	Anfotericina B Lipossomal	Injetável 50mg	Leishmaniose

Atos da Prefeitura

68	Isetionatopenta midina	Injetável 300mg	Leishmaniose
69	Meglumina, Antimoniato De	Solução Injetável 300mg/ML	Leishmaniose
70	Artemeter	Solução Injetável 80mg/ML	Malária
71	Artemeter+ Lumefantrina	Comprimido 20mg + 120mg	Malária
72	Artesunato	Injetável 60mg/ML	Malária
73	Artesunato + Mefloquina	Comprimido 25mg + 55mg	Malária
74	Artesunato + Mefloquina	Comprimido 100mg + 220mg	Malária
75	Clindamicina, Cloridrato De	Cápsula 300mg	Malária
76	Clindamicina, Cloridrato De	Injetável 150mg/ML	Malária
77	Cloroquina	Comprimido 150mg	Malária
78	Primaquina	Comprimido 5mg	Malária
79	Primaquina	Comprimido 15mg	Malária
80	Quinina	Comprimido 500mg	Malária
81	Quinina	Injetável 300mg/ML	Malária
82	Anfotericina B Complexolipídico	Injetável 100mg	Micoses Sistêmicas
83	Fluconazol	Cápsula 100mg	Micoses Sistêmicas
84	Fluconazol	Injetável 2mg/ML	Micoses Sistêmicas

85	Itraconazol	Cápsula 100mg	Micoses Sistêmicas
86	Palivizumabe	Injetável 50mg	Prevenção Vírus Sincicial Respiratório (Vsr)
87	Palivizumabe	Injetável 100mg	Prevenção Vírus sincicial Respiratório (Vsr)
88	Bupropiona	Comprimido 150mg	Tabagismo
89	Nicotina	Adesivo Transdérmico 7mg	Tabagismo
90	Nicotina	Adesivo Transdérmico 14mg	Tabagismo
91	Nicotina	Adesivo Transdérmico 21mg	Tabagismo
92	Nicotina	Goma De Mascar 2mg	Tabagismo
93	Nicotina	Pastilha 2mg	Tabagismo
94	Azitromicina	Pó Para Suspensão Oral 600 Mg	Tracoma
95	Amicacina	Injetável 250mg/MI	Tuberculose
96	Claritromicina	Cápsula Ou Comprimido 500mg	Tuberculose
97	Estreptomicina	Injetável 1g	Tuberculose
98	Etambutol	Comprimido 400mg	Tuberculose
99	Etionamida	Comprimido 250mg	Tuberculose

100	Isoniazida	Comprimido 100mg	Tuberculose
101	Isoniazida + Rifampicina	Comprimido 75mg + 150mg	Tuberculose
102	Levofloxacino	Comprimido 250mg	Tuberculose
103	Levofloxacino	Comprimido 500mg	Tuberculose
104	Linezolida	Comprimido 600mg	Tuberculose
105	Linezolida	Injetável 2mg/ML	Tuberculose
106	Moxifloxacino	Comprimido 400mg	Tuberculose
107	Pirazinamida	Solução Oral 30mg/ML	Tuberculose
108	Pirazinamida	Comprimido 500mg	Tuberculose
109	Piridoxina	Comprimido 100mg	Tuberculose
110	Rifabutina	Cápsula 150mg	Tuberculose
111	Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida +	(3) E Cápsula De 50 Mg (27)	Tuberculose
112	Terizidona	Cápsula 250mg	Tuberculose
113	Talidomida	Comprimido 100mg	Hanseníase, Lupus, Enxertox Hospedeiro, Mieloma Múltiplo

MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma das estratégias para garantir acesso aos medicamentos no âmbito do SUS, buscando garantir, de forma integral, o acesso aos medicamentos necessários para o cuidado de uma série de situações clínicas definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Os PCDT definem as linhas de cuidado para cada situação clínica, indicando a melhor abordagem terapêutica em cada fase evolutiva do agravo, a partir das melhores evidências disponíveis. Nesse contexto, para atender as linhas de cuidado, torna-se fundamental a articulação entre as diferentes políticas de saúde, sejam elas relacionadas à Assistência Farmacêutica ou as outras áreas, como os outros serviços ambulatoriais e hospitalares.

O cadastro do paciente, avaliação, autorização, dispensação e a renovação da continuidade do tratamento são etapas de execução do CEAF, a logística operacional destas etapas é responsabilidade dos gestores estaduais. Todos os medicamentos dos Grupos 1 e 2 devem ser dispensados somente de acordo com as recomendações dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e para as doenças (definidas pelo CID-10) contempladas no CEAF.

Relação Estadual dos Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado do Rio de Janeiro		
Denominação Genérica	Apresentação Farmacêutica	Código ATC
Abatacepte	250 Mg, Injetável, Frasco-Ampola	L04AA24
Acitretina	10 Mg, Cápsula	D05BB02
Adalimumabe	40 Mg, Injetável, Seringa Preenchida	L04AB04
Adefovir	10 Mg, Comprimido	J05AF08
Alfadornase	2,5 Mg, Ampola	R05CB13
Alfaepoetina	4.000 UI, Injetável, Frasco-Ampola	B03XA01
Alfaepoetina	10.000 UI, Injetável, Frasco-Ampola	B03XA01
Alfainterferona 2B	3.000.000 UI, Injetável, Frasco-Ampola	L03AB05
Alfainterferona 2B	5.000.000 UI, Injetável, Frasco-Ampola	L03AB05
Alfainterferona 2B	10.000.000 UI, Injetável, Frasco-Ampola	L03AB05
Alfapeginterferona 2B	80 Mcg, Frasco-Ampola	L03AB10
Alfapeginterferona 2B	100 Mcg, Frasco-Ampola	L03AB10
Alfapeginterferona 2B	120 Mcg, Frasco-Ampola	L03AB10
Alfapeginterferona 2A	180 Mcg, Seringa Preenchida	L03AB11
Alfavelaglucerase	200 UI, Frasco-Ampola	A16AB10
Alfavelaglucerase	400 UI, Frasco-Ampola	A16AB10
Amantadina (Lista C1)	100 Mg, Comprimido	N04BB01
Ambrisentana	5mg, Comprimido Revestido	C02KX02
Ambrisentana	10mg, Comprimido Revestido	C02KX02

Atos da Prefeitura

Atorvastatina	10 Mg, Comprimido	C10AA05
Atorvastatina	20 Mg, Comprimido	C10AA05
Azatioprina	50 Mg, Comprimido	L04AX01
Betainterferona 1A	6.000.000 UI (22 Mcg), Injetável, Seringa Preenchida	L03AB07
Betainterferona 1A	6.000.000 UI (30 Mcg), Injetável, Frasco-Ampola Ou Seringa Preenchida	L03AB07
Betainterferona 1A	12.000.000 UI (44 Mcg), Injetável, Seringa Preenchida	L03AB07
Betainterferona 1B	9.600.000 UI (300 Mcg), Injetável, Frasco-Ampola	L03AB08
Bezafibrato	200 Mg, Drágea Ou Comprimido	C10AB02
Bosentana	62,5mg, Comprimido Revestido	C02KX01
Bosentana	125mg, Comprimido Revestido	C02KX01
Bromocriptina	2,5 Mg, Comprimido Ou Cápsula (Liberação Retardada)	G02CB01
Budesonida	200 Mcg, Cápsula Inalante	R03BA02
Cabergolina	0,5 Mg, Comprimido	G02CB03 / N04BC06
Calcipotriol	50mcg/G, Pomada, Bisnaga De 30g	D05AX02
Calcitonina	200 UI Spray Nasal, Frasco	H05BA01
Calcitriol	0,25 Mcg, Cápsula	A11CC04
Calcitriol	1,0 Mcg, Injetável, Ampola	A11CC04
Certolizumabe Pegol	200mg/ML, Injetável, Seringa Preenchida	L04AB05
Ciclosporina	25 Mg, Cápsula	L04AD01
Ciclosporina	50 Mg, Cápsula	L04AD01
Ciclosporina	100 Mg, Cápsula	L04AD01
Ciclosporina	100 Mg/ ML Solução Oral, Frasco De 50 ML	L04AD01
Ciproterona, Acetato	50 Mg, Comprimido	G03HA01
Clopidogrel	75mg, Comprimido	B01AC04
Clozapina (Lista C1)	100 Mg, Comprimido	N05AH02
Complemento Alimentar Para Paciente Fenilcetonúricos Menor De 1 Ano	Fórmula De Aminoácidos Isenta De Fenilalanina, Lata	V06ddxx
Complemento Alimentar Para Paciente Fenilcetonúricos Maior De 1 Ano	Fórmula De Aminoácidos Isenta De Fenilalanina, Lata	V06ddxx
Daclatasvir	60 Mg, Comprimido	J05AX14
Danazol	100 Mg, Cápsula	G03XA01
Deferasirox	125 Mg, Comprimido	V03AC03
Deferasirox	250 Mg, Comprimido	V03AC03
Deferasirox	500 Mg, Comprimido	V03AC03
Deferiprona	500 Mg, Comprimido	V03AC02
Desferroxamina	500 Mg, Injetável, Frasco-Ampola	V03AC01
Desmopressina	0,1 Mg/ ML Aplicação Nasal, Frasco De 2,5 ML	H01BA02
Donepezila	5 Mg, Comprimido	N06DA02
Donepezila	10 Mg, Comprimido	N06DA02

Atos da Prefeitura

Entacapona	200 Mg, Comprimido	N04BX02
Entecavir	0,5 Mg, Comprimido	J05AF10
Etanercepte	25 Mg, Injetável, Frasco-Ampola	L04AB01
Etanercepte	50 Mg Injetável, Frasco-Ampola	L04AB01
Everolimo	0,5 Mg, Comprimido	L01XE1 / L04AA18
Everolimo	0,75 Mg, Comprimido	L01XE10 / L04AA18
Everolimo	1 Mg, Comprimido	L01XE10 / L04AA18
Filgrastim	300 Mcg Injetável, Frasco	L03AA02
Fludrocortisona	0,1 Mg, Comprimido	H02AA02
Formoterol	12 Mcg, Cápsula Inalante	R03AC13
Formoterol + Budesonida	6 Mcg + 200 Mcg Pó Inalante, Frasco 60 Doses	R03AK07
Formoterol + Budesonida	12 Mcg + 400 Mcg, Cápsula Inalante	R03AK07
Gabapentina (Lista C1)	300 Mg, Cápsula	N03AX12
Gabapentina (Lista C1)	400 Mg, Cápsula	N03AX12
Galantamina	8 Mg, Cápsula De Liberação Prolongada	N06DA04
Galantamina	16 Mg, Cápsula De Liberação Prolongada	N06DA04
Galantamina	24 Mg, Cápsula De Liberação Prolongada	N06DA04
Glatiramer	20 Mg, Injetável, Frasco-Ampola Ou Seringa Preenchida	L03AX13
Golimumabe	50mg, Injetável, Seringa Preenchida	L04AB06
Gosserrelina, Acetato	3,60 Mg Injetável, Seringa Preenchida	L02AE03
Gosserrelina, Acetato	10,8 Mg Injetável, Seringa Preenchida	L02AE03
Hidroxiclороquina	400 Mg, Comprimido	P01BA02
Hidroxiuréia	500 Mg, Cápsula	L01XX05
Imiglucerase	200 UI, Injetável, Frasco-Ampola	A16AB20
Imunoglobulina Anti-Hepatite B	100 UI, Injetável, Ampola Ou Frasco	J06BB04
Imunoglobulina Anti-Hepatite B	600 UI, Injetável, Frasco	J06BB04
Imunoglobulina Humana	5,0 G, Injetável, Frasco	J06BA02
Infliximabe	10 Mg/MI, Injetável - 10 MI, Frasco-Ampola	L04AB02
Isotretinoína	10 Mg, Cápsula	D10BA04
Lanreotida	90mg, Injetável, Seringa Preenchida	H01CB03
Lanreotida	120mg, Injetável, Seringa Preenchida	H01CB03
Lamivudina (Lista C1)	150 Mg, Comprimido	J05AF05
Lamivudina (Lista C1)	10 Mg/ MI Solução Oral, Frasco 240 MI	J05AF05
Lamotrigina (Lista C1)	100 Mg, Comprimido	N03AX09
Leflunomida	20 Mg, Comprimido	L04AA13
Leuprorrelina, Acetato	3,75 Mg Injetável, Frasco-Ampola	L02AE02
Mesalazina	250 Mg, Supositório	A07EC02
Mesalazina	1000 Mg, Suposatório	A07EC02
Mesalazina	400 Mg, Comprimido	A07EC02
Mesalazina	500 Mg, Comprimido	A07EC02
Mesalazina	3 G + 100 MI Diluente (Enema), Dose	A07EC02

Atos da Prefeitura

Metotrexato	2,5 Mg, Comprimido	L01BA01
Metotrexato De Sódio	25 Mg/ML, Injetável, Ampola De 2 ML	L01BA01
Micofenolato De Mofetila	500 Mg, Comprimido	L04AA06
Micofenolato De Sódio	180 Mg, Comprimido	L04AA06
Micofenolato De Sódio	360 Mg, Comprimido	L04AA06
Miglustate	100 Mg, Cápsula	A16AX06
Natalizumabe	300 Mg, Frasco-Ampola	L04AA23
Octreotida LAR	20 Mg/ML, Injetável, Frasco-Ampola	H01CB02
Octreotida LAR	30 Mg/ML, Injetável, Frasco-Ampola	H01CB02
Olanzapina (Lista C1)	5 Mg, Comprimido	N05AH03
Olanzapina (Lista C1)	10 Mg, Comprimido	N05AH03
Pancreatina	10.000 UI, Cápsula	A09AA02
Pancreatina	25.000 UI, Cápsula	A09AA02
Penicilamina	250 Mg, Cápsula	M01CC01
Pramipexol (Lista C1)	0,125 Mg, Comprimido	N04BC05
Pramipexol (Lista C1)	0,25 Mg, Comprimido	N04BC05
Pramipexol (Lista C1)	1 Mg, Comprimido	N04BC05
Quetiapina	25 Mg, Comprimido	N05AH04
Quetiapina	100 Mg, Comprimido	N05AH04
Quetiapina	200 Mg, Comprimido	N05AH04
Raloxifeno	60 Mg, Comprimido	G03XC01
Ribavirina	250 Mg, Cápsula	J05AB04
Riluzol	50 Mg, Comprimido	N07XX02
Risperidona (Lista C1)	1 Mg, Comprimido	N05AX08
Risperidona (Lista C1)	2 Mg, Comprimido	N05AX08
Rituximabe	500mg, Injetável, Frasco De 50ml	L01XC02
Rivastigmina (Lista C1)	1,5 Mg, Cápsula	N06DA03
Rivastigmina (Lista C1)	3 Mg, Cápsula	N06DA03
Rivastigmina (Lista C1)	4,5 Mg, Cápsula	N06DA03
Rivastigmina (Lista C1)	6 Mg, Cápsula	N06DA03
Rivastigmina (Lista C1)	2 Mg/ ML Solução Oral, Frasco Com120ml	N06DA03
Sacarato De Hidróxido Férrico	100 Mg Injetável, Frasco De 5 ML	B03AC02
Selegilina (Lista C1)	5 Mg, Comprimido	N04BD01
Sevelamer	800 Mg, Comprimido	V03AE02
Sildenafil	20 Mg, Comprimido	G04BE03
Simeprevir	150 Mg, Cápsula	J05AE14
Sirolimo	1 Mg, Drágea	L04AA10
Sirolimo	2 Mg, Drágea	L04AA10
Sofosbuvir	400 Mg, Comprimido	J05AX15
Somatropina	4 UI, Frasco-Ampola	H01AC01
Somatropina	12 UI, Frasco-Ampola	H01AC01
Sulfassalazina	500 Mg, Comprimido	A07EC01
Tacrolimo	1 Mg, Cápsula	L04AD02
Tacrolimo	5 Mg, Cápsula	L04AD02

Atos da Prefeitura

Taliglucerase Alfa	200 UI Injetável, Frasco-Ampola	A16AB11
Tenofovir	300 Mg, Comprimido	J05AF07
Tocilizumabe	20mg/ML, Injetável, Frasco-Ampola, 4ml	L04AC07
Tolcapona	100mg, Comprimido	N04BX01
Topiramato (Lista C1)	25 Mg, Comprimido	N03AX11
Topiramato (Lista C1)	50 Mg, Comprimido	N03AX11
Topiramato (Lista C1)	100 Mg, Comprimido	N03AX11
Toxina Botulínica Tipo A	100 UI Injetável, Frasco-Ampola	M03AX01
Toxina Botulínica Tipo A	500 UI Injetável, Frasco-Ampola	M03AX01
Vigabatrina (Lista C1)	500 Mg, Comprimido	N03AG04
Ziprasidona (Lista C1)	40 Mg, Cápsula	N05AE04
Ziprasidona (Lista C1)	80 Mg, Cápsula	N05AE04

Devido A Ocorrência De Suspensão Temporária Do Medicamento
IMIGLUCERASE, O Medicamento TALIGLUCERASE ALFA Foi Incluído Na
Tabela De Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses E Materiais
Especiais Do SUS

SEÇÃO C

RELAÇÃO ALFABÉTICA DOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

DESCRIÇÃO (Denominação Comum Brasileira)	UNIDADE	Pactuação
ACETATO DE BETAMETASONA 3MG+FOSFATO DE BETAMETASONA 3 MG/ML SUSPENSAO INJETAVEL 1 ML	AMP	AB/H
ACETATO DE CIPROTERONA 50MG	CP	COM
ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 150MG/ML INJETAVEL	INJ	AB
ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 50MG/ML INJETAVEL	INJ	AB
ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 10MG COMP	CP	AB
ACETILCISTEINA 100MG/ML	INJ	H
ACETILCISTEINA 200MG ENVELOPE 5G	ENV	AB
ACETILCISTEÍNA 20MG/ML	FR	AB
ACETILCISTEINA 40MG/ML	FR	AB
ACICLOVIR 200 MG CPR	CP	AB/H
ACICLOVIR 5% CREME TUBO COM 10 G	TB	AB/H
ACICLOVIR SÓDICO PÓ LIÓFILO PARA INJEÇÃO 250MG	F/A	H
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100 MG	CP	AB/H
ÁCIDO ASCÓRBICO (VITAMINA C) 500MG	CP	AB
ACIDO ASCÓRBICO 1G/5ML AMP 5ML	AMP	H
ÁCIDO ASCÓRBICO (VITAMINA C) 200MG / ML SOL. ORAL GOTAS 20ML	FR	AB
ÁCIDO FÓLICO 5MG	CP	AB/H
ÁCIDO TRANEXÂMICO 50MG / ML SOL. INJ. 5ML	AMP	H
ÁCIDO TRICLOROACÉTICO SOLUÇÃO 80% FR 20ML	FR	H
ADENOSINA 3MG / ML SOL. INJ. AMP. 2ML	AMP	H
ÁGUA DESTILADA ESTÉRIL E APIROGÊNICA AMP 10ML	AMP	H
ÁGUA DESTILADA ESTÉRIL E APIROGÊNICA 1000ML	BOL	H

1ª EDIÇÃO

Atos da Prefeitura

ÁGUA DESTILADA ESTÉRIL E APIROGÊNICA 250ML	BOL	H
ALBENDAZOL 400MG COMP MASTIGÁVEL	CP	AB
ALBENDAZOL 40 MG/ML SUSPENSÃO ORAL FRASCO 20ML	FR	AB
ALBUMINA HUMANA 20% SOLUÇÃO INJ. 50ML	F/A	H
ALENDRONATO DE SÓDIO 70 MG	CP	COM
ALOPURINOL 100 MG	CP	AB
ALOPURINOL 300 MG	CP	AB
ALPRAZOLAM 0,5MG	CP	COM
ALPRAZOLAM 2,0 MG	CP	COM
ALTEPLASE 50MG PÓ LIÓFILO	AMP	H
AMINOFILINA SOL. INJETAVEL 240 MG/ML SOL. INJ. 10ML	AMP	H
AMOXICILINA 500 MG COMPRIMIDO OU CÁPSULA	CP/CAP	AB/H
AMOXICILINA 250 MG/ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL FRASCO 60ML	FR	AB/H
AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 250 MG/ML + 62,5 MG/ML SUSPENSÃO ORAL FRASCO 75ML	FR	AB/H
AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 500MG + 125 MG COMPRIMIDO	CP	AB
AMOXICILINA 1000 MG + CLAVULANATO DE POTASSIO 200MG PÓ LIOFILO EV	F/A	H
AMPICILINA. 1G PÓ LIOFILO EV	F/A	H
AMPICILINA 500MG PÓ LIOFILO EV	F/A	H
ANFOTERICINA B 50MG PO LIOFILO EV + DILUENTE 10ML	F/A	H
ATENOLOL 25MG	CP	AB
ATENOLOL 50MG	CP	AB
AZITROMICINA 500 MG	CP	AB
AZITROMICINA 500 MG PÓ LIOFILO EV	F/A	H
AZITROMICINA 600MG (40MG/ML) PÓ PARA SUSPENSÃO 15ML + DILUENTE + SERINGA DOSADORA	F/A	COM
BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000UI PÓ PARA SUSPENSAO INJETÁVEL	F/A	AB/H

Atos da Prefeitura

BENZILPENICILINA BENZATINA 600.000UI PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL	F/A	AB/H
BENZILPENICILINA POTÁSSICA 5.000.000UI PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	F/A	AB/H
BENZILPENICILINA PROCAÍNA+POTÁSSICA 300.000+100.000UI PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL	F/A	AB/H
BENZOATO DE BENZILA 0,25G/ML EMULSÃO TÓPICA 100ML	FR	AB
BENZOCAINA 20% PASTA	FR	H
BENZOILMETRONIDAZOL 40 MG/ML SUSPENSÃO ORAL FRASCO 80ML	FR	AB
BESILATO DE ANLODIPINO 5MG	CP	AB/ H
BESILATO DE ANLODIPINO 10MG	CP	AB
BESILATO DE ATRACÚRIO 10MG/ML SOL. INJ. 2,5ML	AMP	H
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4%SOL. INJ. 10ML	AMP	H
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4%SOL. INJ. 250ML	AMP	H
BISACODIL 5MG	CP	COM/H
BIMATOPROSTA SOLUÇÃO OFTÁLMICA A 0,03% 3ML	FR	COM
BISSULFATO DE CLOPIDOGREL 75MG	CP	CEAF/ H
BRINZOLAMIDA SUSPENSÃO OFTÁLMICA A 1% 5ML	FR	COM
BROMETO DE IPRATRÓPIO 0,25 MG/ML (EQUIVALENTE A 0,202 MG/ML DE IPRATRÓPIO) SOLUÇÃO INALATÓRIA FRASCO 20ML	FR	H
BROMETO DE PANCURÔNIO SOLUÇÃO INJETÁVEL 2MG/ML IV AMPOLA 2ML	AMP	H
BROMETO DE ROCURÔNIO SOL. INJ. 10MG/ML 5ML	F/A	H
BROMIDRATO DE FENOTEROL 5MG/ML SOL. P/ NEBULIZAÇÃO 20ML	FR	COM/ H
BROMIDRATO DE FENOTEROL AEROSOL 100MCG DOSE	FR	COM/H
BROMOPRIDA SOLUÇÃO INJETÁVEL 5MG/ML AMPOLA 2ML	AMP	H
BROMOPRIDA 10MG	CAP	AB
BROMOPRIDA 4MG/ML	FR	AB
BUDESONIDA 32MCG/DOSE SUSPENSÃO EM SPRAY NASAL COM 120 DOSES	FR	COM
BUDESONIDA 64MCG/DOSE SUSPENSÃO EM SPRAY NASAL COM 120 DOSES	FR	COM

1ª EDIÇÃO

Atos da Prefeitura

CAPTOPRIL 25 MG.	CP	AB/ H
CARBAMAZEPINA 20MG/ML SUSP. ORAL FRASCO 100 ML	FR	AB/ H
CARBAMAZEPINA 200MG	CP	AB/ H
CARBERGOLINA 0,5 MG	CP	COM
CARBONATO DE CÁLCIO + COLECALCIFEROL OU FOSFATO DE CÁLCIO TRIBÁSICO + COLECALCIFEROL 500 MG DE CÁLCIO + 200 UI DE COLECALCIFEROL	CP	COM
CARBONATO DE CÁLCIO + COLECALCIFEROL OU FOSFATO DE CÁLCIO TRIBÁSICO + COLECALCIFEROL 500 MG DE CÁLCIO + 400 UI DE COLECALCIFEROL	CP	COM
CARBONATO DE LÍTIO 300MG	CP	AB
CARBONATO DE LÍTIO 450MG RETARD	CP	AB
CARVÃO VEGETAL ATIVADO PÓ PARA USO ORAL	UN	AB/ H
CARVÃO ATIVADO COM PRATA/ CURATIVO - SACHE	UN	H
CARVEDILOL 12,5MG	CP	AB
CARVEDILOL 3,125MG	CP	AB/ H
CARVEDILOL 6,25 MG	CP	AB/H
CEFALEXINA 500 MG	CAP	AB/ H
CEFALEXINA 250 MG /5ML FRASCO COM 60 ML	FR	AB/ H
CEFAZOLINA SÓDICA 1G PÓ LIOFILO EV	F/A	H
CEFTAZIDIMA 1G PÓ LIOFILO EV	F/A	H
CEFTRIAXONA SÓDICA 1G PÓ LIOFILO IM/EV	F/A	AB/H
CETOCONAZOL XAMPU 2% FR 120ML	FR	COM
CETOCONAZOL 200MG	CP	AB
CETOCONAZOL 20MG/G CREME BISNAGA 30G	TB	AB
CILOSTAZOL 100MG	CP	COM
CITRATO DE FENTANILA 0,05MG/ML (S/CONSERV. USO ESPINHAL) SOL. INJ. 2ML	AMP	H
CITRATO DE FENTANILA 0,05 MG/ML SOL. INJ. 10ML	F/A	H
CLARITROMICINA 50MG/ML GRANULOS PARA SUSPENSAO 60ML	FR	AB/ H

CLARITROMICINA 500MG COMPRIMIDO	CP	AB
CLARITROMICINA 500MG PO LIOFILO EV	F/A	H
CLONAZEPAN 2,5 MG/ML SOL. ORAL FRASCO 20ML	FR	AB/ H
CLONAZEPAN 0,5MG	CP	AB/ H
CLONAZEPAN 2MG	CP	AB/ H
CLORETO DE POTASSIO SOL. INJ. 10% AMP. 10ML	AMP	COM/H
CLORETO DE SÓDIO 0,9% SOL NASAL FR 30ML	UN	AB/ H
CLORETO DE SÓDIO 0,9% SOL. INJ. 250ML	BOL	H
CLORETO DE SÓDIO 0,9% SOL. INJ. 500ML	BOL	H
CLORETO DE SÓDIO 0,9% SOL. INJ. 1000ML	BOL	H
CLORETO DE SÓDIO 20% SOL. INJ. 10ML	AMP	H
CLORETO DE SÓDIO 0,9% SOL. INJ. 10ML	AMP	AB/H
CLORETO DE SUXAMETÔNIO 100MG PO LIOFILO	F/A	H
CLORIDRATO DE ALFENTANILA SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,5MG/ML AMPOLA 5ML	AMP	H
CLORIDRATO DE AMBROXOL 3MG/ML XAROPE 100ML	FR	AB
CLORIDRATO DE AMBROXOL 6MG/ML XAROPE 100ML	FR	AB
CLORIDRATO DE AMIODARONA 200MG	CP	AB
CLORIDRATO DE AMIODARONA 50 MG/ML 3ML SOL. INJ	AMP	H
CLORIDRATO DE AMITRIPTILINA 25MG	CP	AB/ H
CLORIDRATO DE BIPERIDENO 2 MG	CP	AB/ H
CLORIDRATO DE BUPIVACAÍNA COM GLICOSE - HIPERBÁRICA 0,5% SOL. INJ. 4ML	AMP	H
CLORIDRATO DE BUPIVACAÍNA 0.5% SOL. INJ 20 ML	F/A	H
CLORIDRATO DE BUPIVACAÍNA 0,5% + EPINEFRINA SOL. INJ. 20ML	F/A	H
CLORIDRATO DE BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA 0,5% SOL. INJ. 4ML	AMP	H
CLORIDRATO DE CEFEPIMA 1G PÓ LIOFILO	FA	H
CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 500MG	CP	AB/ H

Atos da Prefeitura

CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO SOL. P/INFUSÃO VENOSA 2MG/ML - SISTEMA FECHADO FR. 100ML	BOL	H
CLORIDRATO DE CLINDAMICINA 150MG/ML SOL. INJ. 4ML	AMP	H
CLORIDRATO DE CLINDAMICINA 300MG	CAP	AB
CLORIDRATO DE CLOMIPRAMINA 25MG	CP	AB/ H
CLORIDRATO DE CLONIDINA 0,100MG	CP	COM/H
CLORIDRATO DE CLONIDINA 150MCG/ML SOL. INJ. 1ML	AMP	H
CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 25MG	CP	AB/ H
CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA SOL. ORAL 4% FRASCO 20 ML	FR	AB/ H
CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 100MG	CP	AB
CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 5MG/ML INJETÁVEL	AMP	AB/H
CLORIDRATO DE DEXMEDETOMIDINA 200MCG/ML SOL. INJ. 2MI	AMP	H
CLORIDRATO DE DILTIAZEN 30MG	CP	COM/ H
CLORIDRATO DE DOBUTAMINA 12,5 MG/ML SOL. INJ. 20 ML.	AMP	H
CLORIDRATO DE DOPAMINA 5MG/ML SOL. INJ. 10 ML	AMP	AB/H
CLORIDRATO DE DORZOLAMIDA SOLUÇÃO OFTÁLMICA A 2% 5ML	FR	COM
CLORIDRATO DE ETILEFRINA SOLUÇÃO INJETÁVEL 10MG/ML AMPOLA 1ML	AMP	H
CLORIDRATO DE FLUOXETINA 20MG	CP	AB
CLORIDRATO DE FLUOXETINA 20 MG/ML	FR	AB
CLORIDRATO DE HIDRALAZINA 25 MG.	CP	AB/H
CLORIDRATO DE HIDRALAZINA 50 MG.	CP	AB/H
CLORIDRATO DE HIDRALAZINA 20MG/ML SOL. INJ. 1ML	AMP	H
CLORIDRATO DE IMIPRAMINA 10MG COMP. REVESTIDO	CP	COM
CLORIDRATO DE IMIPRAMINA 25MG COMP. REVESTIDO	CP	COM
CLORIDRATO DE LEVOBUPIVACAINA 0,5% SEM VASO SOL. INJ. 20ML	F/A	H
CLORIDRATO DE LEVOMEPRIMAZINA 100MG	CP	COM
CLORIDRATO DE LEVOMEPRIMAZINA 25MG	CP	COM

1ª EDIÇÃO

Atos da Prefeitura

CLORIDRATO DE LEVOMEPROMAZINA 25MG SOLUÇÃO ORAL 20ML	FR	COM/ H
CLORIDRATO DE LIDOCAINA 2% C/ VASO 1:200.000 20ML FRASCO	UN	AB/H
CLORIDRATO DE LIDOCAINA 2% C/ VASO 20 ML	FR	AB/H
CLORIDRATO DE LIDOCAINA 2% C/ VASO 5ML	AMP	AB/H
CLORIDRATO DE LIDOCAINA 2% C/ VASO 1:100.000 TUBETE 1,8ML	UN	AB/H
CLORIDRATO DE LIDOCAINA 1% C/ VASO 1.200.000 TUBETE 1,8ML	UN	AB/H
CLORIDRATO DE LIDOCAINA 1% 20ML FRASCO	UN	AB/H
CLORIDRATO DE LIDOCAINA 2% 5ML SEM VASO	AMP	AB/H
CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA GEL 2% TUBO 30G	UN	AB/H
CLORIDRATO DE LIDOCAINA SPRAY 10% FRASCO 50ML	F/A	AB/H
CLORIDRATO DE METFORMINA 500 MG	CP	AB/H
CLORIDRATO DE METFORMINA 850 MG	CP	AB/H
CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 10MG	CP	AB
CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMP	H
CLORIDRATO DE NALOXONA 0,4MG/ML SOL. INJ. 1ML	AMP	AB/H
CLORIDRATO DE ONDANSETRONA 4MG	CP	AB/H
CLORIDRATO DE ONDANSETRONA 4MG/2ML SOL. INJ	AMP	H
CLORIDRATO DE PILOCARPINA 20 MG/ML (2%) SOLUÇÃO OFTÁLMICA FRASCO 10ML	FR	AB
CLORIDRATO DE PRILOCAÍNA COM FELIPRESSINA 3% ANESTÉSICO INJETÁVEL LOCAL, CADA ML CONTENDO 30MG DE CLORIDRATO DE PRILOCAÍNA 0,03UI DE FELIPRESSINA, ENVASADO EM TUBETES DE CRISTAL COM 1,8ML E EMBOLOS SILICONIZADOS.	TB	COM/H
CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25 MG	CP	AB
CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25 MG/2 ML SOL.INJ	AMP	H
CLORIDRATO DE PROPRANOLOL 40MG	CP	AB/ H
CLORIDRATO DE PROTAMINA 10MG/ML SOL INJ 5ML	AMP	AB/H
CLORIDRATO DE RANITIDINA 150MG	CP	AB/H

Atos da Prefeitura

CLORIDRATO DE RANITIDINA 25 MG/ML SOL. INJ. 2ML	AMP	AB/H
CLORIDRATO DE RANITIDINA 15 MG/ML XAROPE 100ML	FR	COM
CLORIDRATO DE TIAMINA 300MG	CP	AB
CLORIDRATO DE TRAMADOL 100 MG/2ML SOL. INJ.	AMP	COM/H
CLORIDRATO DE TRAMADOL 50 MG CAPSULA	CAP	COM/ H
CLORIDRATO DE VERAPAMIL 80MG	CP	AB
CLORIDRATO DE VERAPAMIL 2,5 MG/ML SOL. INJ. 2 ML	AMP	AB/H
COLAGENASE POMADA 0,6UI/G BISNAGA 30G	TB	COM/ H
DESLANOSÍDEO SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 0,2MG/ML AMPOLA 2ML	AMP	H
DEXAMETASONA CREME 0,1% BISNAGA 10G	TB	AB/H
DEXAMETASONA 0,1% COLIRIO 5ML	TB	AB
DEXAMETASONA 4MG	CP	AB
DEXAMETASONA 0,1MG/ML ELIXIR 100ML	FR	AB
DIAZEPAM 5MG	CP	AB/H
DIAZEPAM 10MG	CP	AB/H
DIAZEPAM 5MG/ML SOL. INJ.2 ML	AMP	AB/H
DICLOFENACO DIETILAMONIO 11,6MG/G	TUB	COM
DICLOFENACO POTASSICO 50MG	CP	AB
DICLOFENACO POTASSICO 75MG/3ML	AMP	H
DICLOFENACO SODICO 25MG/ML SOL. INJ. 3ML	AMP	COM/H
DICLOFENACO SODIO 50MG	CP	AB
DIGOXINA 0,25 MG CPR	UN	AB
DINITRATO DE ISOSSORBIDA SUBLINGUAL 5MG	CP	AB/H
DIOSMINA + HESPERIDINA 450+50MG	CP	COM/H
DIPIRONA SÓDICA SOLUÇÃO ORAL GOTAS 500MG/ML FRASCO 10ML	FR	AB/H
DIPIRONA SÓDICA 500MG	CP	AB/H
DIPIRONA SÓDICA 500 MG/2 ML SOL INJ	AMP	H

Atos da Prefeitura

DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA SPRAY 250 MCG/DOSE FRASCO DOSIFICADOR	FR	AB
DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA 200MCG/ML SUSPENSÃO INALATÓRIA FLACONETE COM 2ML	FR	COM
DOMPERIDONA 1MG/ML SUSPENSÃO ORAL 100ML + SERINGA DOSADORA	FR	COM/H
ENANTOATO DE NORESTIRONA +VALERATO DE ESTRADIOL 50MG/ML + 5MG/ML SOL. INJETÁVEL	AMP	AB
ENOXAPARINA 20MG/0,2ML SERINGA PREENCHIDA E GRADUADA SUB CUTÂNEA	SER	COM/H
ENOXAPARINA 40MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA E GRADUADA SUB CUTÂNEA	SER	COM/H
ENOXAPARINA 60MG/0,6ML SERINGA PREENCHIDA E GRADUADA SUB CUTÂNEA	SER	COM/H
EPINEFRINA (ADRENALINA)1 MG/ML SOL. INJ. 1 ML.	AMP	H
ESPIRAMICINA 500MG	CP	CEAF/AB
ESPIRONOLACTONA 25MG	CP	AB/ H
ESTRIOL 1MG/G CREME VAGINAL	TB	AB
ESTROGÊNIOS CONJUGADOS 0,3MG COMP	CP	AB
ESTROGÊNIOS CONJUGADOS 0,625MG/G CREME	TB	AB
ETINILESTRADIOL+LEVONORGESTREL 0,03MG+0,15MG	CP	COM
ETOMIDATO 2MG/ML SOL. INJ. 10ML	AMP	H
FENITOÍNA SÓDICA 100 MG	CP	AB/ H
FENITOÍNA SÓDICA 50MG/ML SOL. INJ. 5 ML	AMP	AB/H
FENOBARBITAL 100MG	CP	AB/ H
FENOBARBITAL 100MG/ML SOL. INJ. 2 ML	AMP	AB/H
FENOBARBITAL SOL. ORAL 4% 20 ML	FR	AB
FITOMENADIONA EV/IM 10MG/ML (VITAMINA K) –SOL. INJ. 1ML	AMP	COM/H
FLUCONAZOL 100MG	CAP	AB
FLUCONAZOL 150MG	CAP	AB/ H
FLUCONAZOL 2MG/ML 100ML SOL. INJ. SISTEMA FECHADO	BOL	H
FLUMAZENIL 0,1MG/ML SOL. INJ. 5 ML	AMP	H
FOLINATO DE CÁLCIO (ÁCIDO FOLÍNICO) 15 MG	CP	COM/H

1ª EDIÇÃO

Atos da Prefeitura

FOSFATO DISSÓDICO DE DEXAMETASONA 4 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 2,5ML	AMP	AB/H
FOSFATO SÓDICO DE PREDNISOLONA 4,02 MG/ML (EQUIVALENTE 3 MG/ML DE PREDNISOLONA) SOLUÇÃO ORAL 60ML	FR	AB/H
FUROSEMIDA 10 MG/ML SOL. INJ. 2ML	AMP	AB/H
FUROSEMIDA 40MG	CP	AB/ H
GLIBENCLAMIDA 5MG	CP	AB/H
GLICERINA CLISTER 12% C/ EQUIPO FRASCO 500ML SIST. FECHADO	FR	AB/ H
GLICLAZIDA 30 MG RETARD COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA	CP/P	AB
GLICOSE 10% SOL HIPERTONICA EST APIROGÊNICA INJ. SISTEMA FECHADO FR 500ML	BOL	H
GLICOSE 5% SOL FISIOLÓGICA ESTERIL APIROGÊNICA INJ. SISTEMA FECHADO FR 250ML	BOL	H
GLICOSE 5% SOL FISIOLÓGICA ESTERIL APIROGÊNICA INJ. SISTEMA FECHADO FR 500ML	BOL	H
GLICOSE 25% (SOLUÇÃO HIPERTONICA) SOL. INJ. 10ML	AMP	H
GLICOSE 50% SOLUÇÃO HIPERTÔNICA SOL. INJ 10ML	AMP	H
GLUCONATO DE CÁLCIO 10% SOL. INJ. 10ML	AMP	COM/H
HALOPERIDOL 5 MG	CP	AB/ H
HALOPERIDOL 5MG/ML SOL. INJ. 1ML	AMP	AB/H
HALOPERIDOL 2MG/ML SOL ORAL 20ML	FR	AB/ H
HALOPERIDOL DECANOATO 50MG/ML AMP 1ML	AMP	AB/H
HEMITARTARATO DE NOREPINEFRINA 2 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 4ML	AMP	H
HEPARINA SÓDICA 5000 UI SOL. INJ. SUBCUTÂNEA 0,25 ML	AMP	AB/H
HEPARINA SÓDICA 5000 UI SOL. INJ. 5ML	F/A	COM/H
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG	CP	AB/ H
HIDROGEL COM ALGINATO GEL 85G	CP	H
HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 61,5MG SUSPENSÃO ORAL FR 100ML	FR	AB
HIDROXIDO DE FERRO III POLIMALTOSADO 100MG/2ML SOL. INJ. 2ML	AMP	COM/H

1ª EDIÇÃO

Atos da Prefeitura

HIDRÓXIDO DE MAGNÉSIO+HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO SUSPENSÃO ORAL 60MG+40MG/ML-FRASCO 240ML	FR	COM
HIDROXIETILAMIDO 6% SISTEMA FECHADO SOLUÇÃO EXPANSORA / REPOSITORA DO VOLUME PLASMÁTICO COMPOSTA DE HIDROXIETILAMIDO (130/0,4) E CLORETO DE SÓDIO BOLSA 500ML	BOL	H
HIOSCINA (N-BUTIL BROMETO) 20MG/5ML + DIPIRONA 2,5G/5ML SOL. INJ. 5ML	AMP	COM/H
HIOSCINA (N-BUTIL BROMETO) 20MG/ML SOL. INJ. 1ML	AMP	COM/H
HIOSCINA 10MG/ML FR.C/20ML	FR	COM
HIOSCINA +DIPIRONA 6,67MG/ML + 333,4MG/ML	FR	AB
HIOSCINA + DIPIRONA 10MG+250MG	CP	AB
HIOSCINA 10MG	CP	AB
IBUPROFENO 50MG/ML SUSP. ORAL 30ML	FR	AB
IBUPROFENO 600 MG	CP	AB
IMIPENEM + CILASTATINA 500MG PÓ INJ.	F/A	H
IMUNOGLOBULINA ANTI RH SOL. INJ. 2ML	AMP	H
INSULINA GLARGINA 100UI/ML INJ 10ML	F/A	COM
INSULINA LISPRO 100UI/ML INJ.10ML	F/A	COM
INSULINA HUMANA NPH 100UI/ML INJ. 10ML	F/A	AB
INSULINA HUMANA REGULAR 100UI/ML INJ. 10ML	F/A	AB
ISOFLURANO SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO 100ML	FR	H
ITRACONAZOL 100MG	CP	AB
IVERMECTINA 6MG	CP	AB
LACTULOSE 667 MG/ML XAROPE 120ML SABOR AMEIXA	FR	AB
LATANOPROSTA: SOLUÇÃO OFTÁLMICA A 0,005% 2,5ML	FR	COM
LEVODOPA + BENSERAZIDA 100MG+25MG	CP	AB
LEVODOPA + BENSERAZIDA 200MG+50MG	CP	AB
LEVODOPA+CARBIDOPA 250MG+25MG	CP	AB
LEVODOPA+CARBIDOPA 200MG+50MG	CP	AB

Atos da Prefeitura

LEVOFLOXACINO 500MG	CP	AB
LEVOFLOXACINO 5MGML SOLUÇÃO INJETÁVEL EM BOLSA SISTEMA FECHADO 100ML	UM	H
LEVONORGESTREL 0,75 MG CARTELA COM 2CPS	CP	AB
LEVOTIROXINA SÓDICA 25 MCG	CP	AB/ H
LEVOTIROXINA SÓDICA 50 MCG	CP	AB/ H
LEVOTIROXINA SÓDICA 100 MCG	CP	AB
LINEZOLIDA 2MG/ML BOLSA 100ML	BOL	H
LOÇÃO OLEOSA À BASE DE AGE (ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS) COM VITAMINAS A e E). CONTÉM NA SUA COMPOSIÇÃO: ÁCIDO CÁPRICO, ÁCIDO CAPRÍLICO, ÁCIDO CAPROICO, ACIDO LÁURICO, ÁCIDO LINOLEICO, LECITINA, PALMITATO DE RETINOL, ACETATO DE TOCOFEROL E ALFA-TOCOFEROL. AUXILIA NA PREVENÇÃO DA FORMAÇÃO DE ESCARAS. FRASCO: 100ML	FR	COM/ H
LORATADINA 10 MG	CP	AB
LORATADINA 1 MG/ML XAROPE 100ML	FR	AB
LOSARTANA POTÁSSICA 50 MG	CP	AB
MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA 2 MG	CP	AB/ H
MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA 0,4 MG/ML XAROPE 120ML	FR	AB
MALEATO DE ENALAPRIL 5 MG	CP	AB/ H
MALEATO DE ENALAPRIL 10MG	CP	AB
MALEATO DE ENALAPRIL 20MG	CP	AB
MALEATO DE METILERGOMETRINA 0,125MG	AMP	COM/H
MALEATO DE METILERGOMETRINA 0,2MG/ML SOL. INJ. 1ML	AMP	COM/H
MALEATO DE MIDAZOLAN 15MG/ML SOL. INJ. 3ML	AMP	H
MALEATO DE MIDAZOLAN 50MG/ML SOL. INJ. 10ML	AMP	H
MALEATO DE TIMOLOL 2,5 MG/ML (0,25%) SOLUÇÃO OFTÁLMICA 5ML	FR	AB
MALEATO DE TIMOLOL 5 MG/ML (0,5%) SOLUÇÃO OFTÁLMICA 5ML	FR	AB
MANITOL 20% FRASCO 250ML SISTEMA FECHADO	BOL	COM/H

Atos da Prefeitura

SOL. INJ.		
MEBENDAZOL SUSPENSÃO ORAL 20MG/ML 30ML	FR	H
MEBENDAZOL 100MG	COMP	AB
MEPIVACAINA 3% C/VASO TUBETE 1,8 ML	TB	H
MEROPENEM 500MG PÓ INJ. IV	FR	H
MESILATO DE DOXAZOSINA 2 MG	CP	AB
METILDOPA 250 MG	CP	AB/ H
METILDOPA 500MG	CP	AB
METRONIDAZOL100 MG/G (10%) GEL VAGINAL 50G COM APLICADOR	TB	AB/ H
METRONIDAZOL 250 MG	CP	AB/ H
METRONIDAZOL 5MG/ML EV. 100ML SISTEMA FECHADO	BOL	H
MISOPROSTOL 25 MCG COMPRIMIDO VAGINAL	CP	CEAF/H
MISOPROSTOL 200 MCG COMPRIMIDO VAGINAL	CP	CEAF/H
MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 10 MG	CP	AB/H
MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 20 MG	CP	AB/ H
MUPIROCINA 20MG/G CREME TUBO 15G	TB	H
NEOSTIGMINA 0,5MG/ML SOL. INJ. 1ML	AMP	COM/H
NIMODIPINA 30MG	CP	COM/ H
NIFEDIPINA RETARD 20MG	CAP	AB/H
NIFEDIPINO 10 MG CÁPSULA	CAP	AB/ H
NITRATO DE MICONAZOL 2% CREME DERMATOLOGICO 28G	TB	AB
NITRATO DE MICONAZOL CREME VAGINAL 2%TB C/60G +APLICADOR GINECOLÓGICO	TB	AB/ H
NITROFURANTOÍNA 100 MG CÁPSULA	CAP	AB
NITROGLICERINA 5MG/ML SOL. INJ. 5ML	AMP	H
NITROPRUSSIATO DE SÓDIO 50MG/2ML EV	AMP	H
NISTATINA 100.000 UI/ML SUSP. ORAL 50 ML	FR	AB/ H

Atos da Prefeitura

NISTATINA 25.000 UI/G CREME VAGINAL TUBO 60G	TB	COM/ H
NORESTIRONA 0,35MG COMP CX COM 35 COMP	CX	COM
NORFLOXACINO 400MG	CP	COM/ H
ÓLEO MINERAL 100ML	FR	AB
OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULA	CAP	AB
OMEPRAZOL 40MG PÓ LIOFILO + DILUENTE	F/A	H
OXALATO DE ESCITALOPRAM 20MG	CP	AB
OXACILINA 500MG PO LIOFILO EV	F/A	H
OXIDO DE ZINCO + VITAMINA A + VITAMINA E POMADA - BISNAGA 45G	TB	COM/H
OXITOCINA 5UI/ML SOL. INJ. 1ML	AMP	H
PARACETAMOL 500 MG	CP	AB
PARACETAMOL 200 MG/ML SOLUÇÃO ORAL 15ML	FR	AB
PERICIAZINA 1% SOL. ORAL - FR. 20ML	FR	COM/H
PERICIAZINA 4% SOL. ORAL - FR. 20ML	FR	COM/H
PERMETRINA 50 MG/G (5%) LOÇÃO 60ML	FR	AB/ H
PETIDINA 50MG/ML - AMP. 2ML	AMP	H
PIPERACILINA 4.000MG + TAZOBACTAN 500MG PÓ LIÓFILO	AMP	H
PIRIMETAMINA 25MG	CP	CEAF/AB
POLIESTIRENOSSULFONATO DE CÁLCIO 900 MG - ENVELOPE	UM	COM/H
POLIGELINA 3,5% SOL. INJ. SISTEMA FECHADO 500ML	BOL	H
POLIVITAMINAS E POLIMINERAIS SUSPENSÃO ORAL FR 250ML A CADA 5ML CONTÉM- CÁLCIO 106MG+VIT B12 1,5MCG+VIT D3 100UI +FOSFORO 72MG+ZINCO 2MG SABOR TUTTI FRUTTI	FR	COM
PREDNISONA 5 MG	CP	AB/ H
PREDNISONA 20 MG	CP	AB/ H
PROGESTERONA MICRONIZADA 200MG	CAP	H
PROPOFOL 10MG/ML SOL. INJ. 20ML	AMP	H

ROPIVACAINA 10MG	AMP	H
SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO 100MG/5ML INJ EV	AMP	COM/H
SACCHAROMYCES BOULARDII 100 MG	CAPS	AB
SACCHAROMYCES BOULRDII 200 MG	ENV	H/AB
SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL (CLORETO DE SÓDIO 3,5G, GLICOSE ANIDRA 20G, CLORETO DE POTÁSSIO 1,5G, CITRATO DE SÓDIO DI-HIDRATADO 2,9) PÓ PARA SOLUÇÃO ORAL 28,84G SACHE	SACHÊ	AB/ H
SERTRALINA 50MG	CP	AB
SEVOFLURANO SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO 250ML	FR	H
SIMETICONA 40MG	CP	COM
SIMETICONA EMULSÃO ORAL 75MG/ML. 10ML	FR	COM/ H
SINVASTATINA 20MG	CP	AB/ H
SOLUÇÃO RINGER + LACTATO (LACTATO DE SÓDIO 3 MG/ ML + CLORETO DE SÓDIO 6 MG/ML + CLORETO DE POTÁSSIO 0,3 MG/ML + CLORETO DE CÁLCIO 0,2 MG/ ML) SOL. INJ. SISTEMA FECHADO 500ML	BOL	AB/ H
SUCCINATO DE METILPREDINISOLONA 500MG/8ML PO LIOFILO	F/A	H
SUCCINATO DE METOPROLOL 25 MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA	CP	AB
SUCCINATO DE METOPROLOL 1MG/ML SOL. INJ. 5ML	AMP	H
SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA 100 MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	F/A	AB/ H
SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA 500 MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	F/A	AB/ H
SULFADIAZINA DE PRATA 10 MG/G (1%) CREME TUBO 60G	TB	AB/ H
SULFADIAZINA DE PRATA 10 MG/G (1%) CREME POTE 400G	PT	AB/ H
SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 40 MG/ML + 8 MG/ML SUSPENSÃO ORAL	FR	AB/ H
SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 80 MG/ML + 16 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMP	H
SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 400 MG + 80 MG	CP	AB/ H
SULFATO DE AMICACINA 250MG/ML SOL INJ 2ML	AMP	H
SULFATO DE ATROPINA 0,25 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMP	H

Atos da Prefeitura

SULFATO DE EFEDRINA 50MG/ML SOL. INJ. 1ML	AMP	H
SULFATO DE GENTAMICINA 5MG/ML COLIRIO 5ML	FR	AB
SULFATO DE GENTAMICINA 40MG/ML AMP 2ML	AMP	H
SULFATO DE GENTAMICINA 80MG/ML AMP 2ML		
SULFATO DE GLICOSAMINA 1,5MG+SULFATO DE CONDROITINA 1,2MG SACHÊ.	ENV	COM
SULFATO DE GLICOSAMINA 500MG+SULFATO DE CONDROITINA 400MG COMPRIMIDO	CP	COM
SULFATO DE MAGNÉSIO 10% (0,81 MEQ/ML MG++) SOLUÇÃO INJETÁVEL 10ML	AMP	H
SULFATO DE MAGNÉSIO 50% (4,05 MEQ/ML MG++) SOLUÇÃO INJETÁVEL 10ML	AMP	H
SULFATO DE MORFINA SOL INJETÁVEL 10MG/ML SOL. INJ. 1ML	AMP	H
SULFATO DE MORFINA 10MG	CP	COM/H
SULFATO DE MORFINA SOL. INJ. 0,2MG/ML - S/CONSERVANTE 1ML	AMP	H
MORFINA SOL. INJ. 0,1MG/ML	AMP	H
SULFATO DE NEOMICINA 5MG/G + BACITRACINA 250UI/G POMADA 15G	TB	COM/H
SULFATO DE POLIMIXINA B PÓ PARA INJEÇÃO 500.000UI+ DILUENTE	F/A	H
SULFATO DE SALBUTAMOL 0,5 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 1ML	AMP	H
SULFATO DE SALBUTAMOL 120,5 MCG/DOSE (EQUIVALENTE A 100 MCG/ DOSE DE SALBUTAMOL) AEROSOL ORAL	FR	AB
SULFATO DE SALBUTAMOL 2MG	CP	AB
SULFATO FERROSO (Fe elementar) 25 MG/ML SOLUÇÃO ORAL FRASCO C/ 30ML	FR	AB/ H
SULFATO FERROSO 40MG (DE Fe ELEMENTAR)	CP	AB/ H
SURFACTANTE PULMONAR (FRAÇÃO FOSFOLIPÍDICA DE PULMÃO) PORCINO 240MG ALFA PORACTANTE F/A 3ML	F/A	H
TARTARATO DE BRIMONIDINA SOLUÇÃO OFTÁLMICA A 0,2% 5ML	FR	COM
TENOXICAM 20MG	CP	COM/H
TENOXICAM 20MG/ML PÓ LIOFILO	F/A	COM/H
TIGECICLINA 50 MG PÓ LIÓFILO INJETÁVEL	F/A	H
TOBRAMICINA 0,3% COLÍRIO FR.C/5ML	FR	COM/H

Atos da Prefeitura

TRAVOPROSTA SOLUÇÃO OFTÁLMICA A 0,004% 2,5ML	FR	COM
TROPICAMIDA 1% FR.C/5ML SOLUÇÃO OFTALMICA	FR	COM/ H
VALPROATO DE SÓDIO 288 MG (EQUIVALENTE A 250 MG DE ÁCIDO VALPROICO) COMPRIMIDO	CP	AB
VALPROATO DE SÓDIO 57,624 MG/ML (EQUIVALENTE A 50 MG DE ÁCIDO VALPROICO/ML) XAROPE 100ML	FR	AB
VALPROATO DE SÓDIO 576 MG (EQUIVALENTE A 500 MG DE ÁCIDO VALPROICO)	CP	AB
VANCOMICINA 500MG PÓ LIÓFILO EV	F/A	H
VARFARINA SÓDICO 5 MG	CP	AB
VASELINA POMADA TUBO 30G	TB	COM
VASELINA LIQUIDA 1000ML	FR	H
VASOPRESSINA 20U/ML SOL. INJ. 1ML	AMP	H
VITAMINAS DO COMPLEXO B - AMPOLA 2ML (cloridrato de tiamina 10mg, riboflavina 5, fosfato de sódio 2,5mg, nicotinamida 30mg, cloridrato de piridoxina 2,5mg, pantotenato de cálcio 6mg, veículo q.s.p 2ml, cada drácea contém: mononitrato de tiamina 15mg , riboflavina 3mg , nicotinamida 15mg, cloridrato de piridoxina 5mg, pantotenato de cálcio 10mg)	AMP	COM/H
VITAMINAS DO COMPLEXO B DRAGEA (cada drácea contém: mononitrato de tiamina 15mg, riboflavina 3mg, nicotinamida 15mg, cloridrato de piridoxina 5mg, pantotenato de cálcio 10mg)	CP	COM
VITAMINAS DO COMPLEXO B XAROPE 120ML (a cada 15ml contém: Cloridrato de Tiamina (Vit.B1) 5,0 mg, Riboflavina 1,0 mg, Cloridrato de Piridoxina 3,0 mg, Nicotinamida 30 mg, Pantotenato de Cálcio 4,0 mg)	FR	COM
VITELINATO DE PRATA 10% - COLÍRIO 5ML	FR	COM/H

FORMULÁRIO PARA SOLICITACAO DE ALTERAÇÃO NA RELAÇÃO MUNICIPAL DE
MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

ANEXO II

Tipo de Proposta:		☐ inclusão ☐ exclusão ☐ alteração	
Nome Genérico (Denominação Comum Brasileira ou Internacional) do(s) fármaco(s) a ser(em):			
Incluído :			
Excluído:			
Alterado:			
Nome(s) comercial(is) do medicamento a ser incluído:			
Laboratório(s) farmacêutico(s) fabricante(s) do medicamento a ser incluído:			
Concentração / Unidade de concentração do medicamento a ser incluído:			
Forma Farmacêutica:	☐ comprimido ☐ cápsula ☐ drágea ☐ solução oral ☐ xarope ☐ supositório ☐ ampola ☐ frasco-ampola ☐ pomada ☐ creme ☐ outra - Especificar:		
Consta da Última Edição da RENAME?	☐ SIM ☐ NÃO	Integra o elenco de algum programa governamental?	☐ SIM ☐ NÃO
Classe Terapêutica:			
Indicações terapêuticas sugeridas:			
Está registrado na ANVISA para a(s) indicação(ões) proposta(s)?		☐ SIM ☐ NÃO	
Justificativa terapêutica para a solicitação de inclusão/exclusão:			
Dose diária definida:		Adulto:	

Atos da Prefeitura

	Pediátrica:	
Duração do tratamento:		
O medicamento proposto pode ser comparado com outros produtos do mesmo grupo ou classe terapêutica constante da REMUME?	☐ NÃO ☐ SIM, quais?	
O medicamento proposto pode ser comparado com outros produtos do mesmo grupo ou classe terapêutica constante da RENAME?	☐ NÃO ☐ SIM, quais?	
Resumo das evidências clínicas e/ou econômicas que justifiquem a solicitação de Inclusão/ exclusão/ substituição (eficácia, efeitos colaterais, contra-indicações, precauções, toxicidade, custo/benefício, custo médio do tratamento, etc.) com as referências bibliográficas*.		
*Anexar, no mínimo, três referências bibliográficas (revisões sistemáticas, metanálises ou ensaios clínicos randomizados). No caso de substituição, apresentar estudos comparativos entre o fármaco proposto e o tratamento convencional. Evitar estudos patrocinados pelos fabricantes.		
DADOS DO PROPONENTE		
Nome:		
Instituição:		
Cargo / Função:		
Conselho de Classe / Nº:		
Telefone(s) / Fax para Contato:		
E-mail:		
Data: ____/____/____		Carimbo e Assinatura



Estado do Rio de Janeiro
PREFEITURA MUNICIPAL DE MANGARATIBA
Secretaria Municipal de Meio Ambiente - SMMA.



Data: 19/12/2019

**EXTRATO DE TERMO
DE MEDIDA COMPENSATÓRIA
E MITIGADORA**

Nº 032-CA/2019

CONSIDERANDO o Processo Administrativo n. 12.690/2019;
CONSIDERANDO o Termo de Medida Compensatória e Mitigadora – TCM - n. 103/2019-SMMA;
CONSIDERANDO o Termo de Referência do TCM n. 103/2019-SMMA;
CONSIDERANDO as atribuições da Constituição Federal 1988, arts. 23, 30 e 225, § 3º;
CONSIDERANDO as atribuições da Lei Federal n. 6.938/81;
CONSIDERANDO as atribuições da Lei Federal n. 9.605/98;
CONSIDERANDO as atribuições da Lei Complementar n. 140/11;
CONSIDERANDO as atribuições da Lei Municipal n. 1.209/19.

**CONSIDERANDO O TERMO DE REFERÊNCIA DO TCM Nº 103/2019-SMMA, FOI
CELEBRADO TERMO DE MEDIDA COMPENSATÓRIA E MITIGADORA QUE ORIGINOU A
DOAÇÃO DE EQUIPAMENTOS PARA A SECRETARIA DE MEIO AMBIENTE, CONFORME
RELAÇÃO ABAIXO:**

QUANTIDADE	DESCRIÇÃO
01	Notebook Samsung E30, processador Intel Core i3, memória RAM de 4GB, capacidade de HD de 1TB, tamanho da tela de 15,6", W10.
09	Mouses sem fio.

Fernanda Garcia Porto
Secretária Adjunta de Meio Ambiente
Portaria: 2464/2019



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE MANGARATIBA
SECRETARIA MUNICIPAL
SEGURANÇA, TRÂNSITO E ORDEM PÚBLICA

**RESOLUÇÃO Nº 192, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2019.****“FAZ INTERDIÇÃO DE LOGRADOURO PÚBLICO”**

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SEGURANÇA, TRÂNSITO E ORDEM PÚBLICA, conforme atribuições delegadas através da Portaria nº. 1793/2018.

Considerando o dispositivo no art. 2º c/c o art. 24º, inciso II do Código de Trânsito Brasileiro (Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997),

RESOLVE:

Art. 1º - Autorizar interdição ao estacionamento de veículos automotores, em Muriqui, na seguinte via:

I. Na Av. Beira Mar, em toda a sua extensão;

Art. 2º - Com exceção dos veículos autorizados pela Secretaria Municipal de Segurança, Trânsito e Ordem Pública.

Art. 3º - No período de 21 de Fevereiro de 2020 à 26 de Fevereiro de 2020, semana do Carnaval, autorizar interdição ao estacionamento de veículos automotores:

I. Na Av. Beira Mar, em toda a sua extensão;

Art. 4º - A presente Resolução terá validade do dia 20 de Dezembro de 2019 até o dia 01 de Março de 2020 (toda Sexta, Sábado e domingo, de 7 horas às 22 horas), revogadas as disposições em contrário.

Registre-se, Publique-se e Cumpra-se.

NORBERTO ALEXANDRE DA SILVA MARQUES COSTA

Secretário Municipal de Segurança, Trânsito e Ordem Pública.
PORTARIA: 2439 DE 02 DE MAIO DE 2019.

Diretoria de Trânsito

Rua Coronel Moreira da Silva, 203 – Térreo – Centro – Mangaratiba – RJ
Telefones: (21) 2789-6000 ramal 6127
diretoriatransito@mangaratiba.rj.gov.br

**EXPEDIENTE**

Órgão Responsável:
Secretaria de Comunicação

Jornalistas Responsáveis:
Talita Girão
Rafaela Neves
Claud Bernard

Edição e Revisão:
Amanda Bernardo
Isabele Mariano
Jean Carlos Maia

Diagramação:
Claud Bernard Filho

Fotografia:
Alan de Barros
Jorge Alves Pereira
Hugo Borges

Impressão:
Secretaria de Comunicação

Versão Digital
www.mangaratiba.rj.gov.br/novoportal