



REMUME

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

2019
3ª edição



**RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS
ESSENCIAIS (REMUME)
DO SUS DE VOLTA REDONDA**

Volta Redonda
2019

2019 Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. O conteúdo desta pode ser acessado na página <https://new.voltaredonda.rj.gov.br/8-interno/88-assistência-farmacêutica>.

3ª edição – 2019

Elaboração e acesso Secretaria Municipal de Saúde Rua 566, nº 31 – Nossa Senhora das Graças, Volta Redonda – Rio de Janeiro Telefone: (24) 3339-9636 Site: <https://new.voltaredonda.rj.gov.br/8-interno/99-saúde>

Elderson Ferreira da Silva
Prefeito Municipal

Maycon César Inácio Abrantes
Vice-prefeito

Alfredo Peixoto
Secretária Municipal de Saúde

Marina Fátima de Oliveira Marinho
Departamento de Informação, Planejamento, Inovação e Qualidade

Alan Costa Sombra
Departamento de Assistência Farmacêutica

APRESENTAÇÃO

A Assistência Farmacêutica tem como objetivo garantir o acesso da população aos medicamentos e promover o seu uso racional. A utilização de relações padronizadas de medicamentos é uma estratégia preconizada pela Organização Mundial de Saúde, desde 1977, para garantia do acesso a medicamentos essenciais no âmbito da saúde pública, por proporcionar a maior eficiência no gerenciamento dos serviços farmacêuticos (ampliação da sua abrangência e racionamento de custos).

A Comissão de Farmácia e Terapêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda foi constituída em 2012 e tem como um dos seus objetivos estabelecer a REMUME, em conformidade com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), e mantê-la atualizada. Essa terceira versão da REMUME continua apoiada nos instrumentos legais: Portaria GM/MS nº 3916/98 que estabelece a Política Nacional de Medicamentos; a Resolução CNS nº 338/04 que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, Lei nº 12.401/11 que estabelece que a dispensação de medicamentos no âmbito do SUS deve seguir as relações instituídas pelo gestor local e Decreto nº 7.508/11 que estabelece que estados, distrito federal e municípios poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos. Tendo ainda, as novas legislações municipais, Portarias SMS/PMVR 40/2014 e 41/2014, que dispõem sobre o acesso à assistência farmacêutica no âmbito municipal e sobre a inclusão de medicamentos na REMUME, respectivamente.

A REMUME elenca 444 medicamentos de uso ambulatorial e hospitalar disponíveis no âmbito municipal para atendimento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Portaria GM/MS 1.555/2013), das Unidades de Urgência e Emergência e da Atenção Hospitalar. Além da relação geral, em ordem alfabética, com a indicação de fornecimento/utilização de cada medicamento, foi elaborada uma apresentação somente com os medicamentos disponíveis em nível ambulatorial (Anexo 1), que serve também como informativo aos profissionais prescritores do Sistema Único de Saúde do município de Volta Redonda.

Em complemento a esta publicação, é apresentado a Relação Estadual do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Anexo 2), que contempla medicamentos considerados como de caráter estratégico pelo Ministério da Saúde para tratamento das doenças de perfil endêmico e que tenham

impacto socioeconômico. Os medicamentos são fornecidos pelo Centro de Doenças Infecciosas (CDI) e os programas preconizados são: DST/AIDS, Hanseníase, Tuberculose e Endemias Focais.

E por último, a Relação Estadual de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Anexo 3), fornecidos no Polo Estadual de Medicamentos de Volta Redonda, localizado atualmente no endereço: Rua 574, nº 99, Nossa Senhora das Graças. Este Componente busca a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde (Portaria GM/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013).

ABREVIATURAS DE NOMES E FORMAS FARMACÊUTICAS

AB	ATENÇÃO BÁSICA
ADES	ADESIVO
AER	AEROSSOL
AIDS	SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
AMP	AMPOLA
BG	BISNAGA
BL	BLISTER
BOL	BOLSA
CAIS	CAIS ATERRADO
CAP	CÁPSULA
CAPGEL	CÁPSULA GELATINOSA
CAPS	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CBAF	COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
CDI	CENTRO DE DOENÇAS INFECCIOSAS
CDQ	CENTRO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA
CESAF	COMPONENTE ESTRATÉGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
CM	COMPONENTE MUNICIPAL
COM	COMPRIMIDO
CONJ	CONJUNTO
CREM	CREME
DAF	DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
DIL	DILUENTE
DISP	DISPERSÍVEL
DRG	DRÁGEA
DST	DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL
ELX	ELIXIR
ENV (SAC)	ENVELOPE (SACHÊ)
EPIDEMIO	EPIDEMIOLOGIA
ESC	ESTABILIZAÇÃO SANTA CRUZ
FA	FRASCO AMPOLA
FLAC	FLACONETE
FM	FARMÁCIA MUNICIPAL
FR	FRASCO
GEL	GEL
GELE	GELÉIA
GM/MS	GABINETE DO MINISTRO/ MINISTÉRIO DA SAÚDE
HMMR	HOSPITAL MUNICIPAL DR MUNIR RAFFUL
HSJB	HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA
IDOSO	HOSPITAL DO IDOSO

IM	INTRAMUSCULAR
INAL	INALAÇÃO/ INALADOR
INF	INFANTIL
INJ	INJETÁVEL
IV	INTRAVENOSA
LIOF	LIOFILIZADO
NAS	NASAL
ODONTO	UNIDADES DE SAÚDE BUCAL
OR	ORAL
PC	POLICLÍNICA DA CIDADANIA
PCDT	PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS
PM	POLICLÍNICA DA MULHER
PO	PÓ
POM	POMADA
RENAME	RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS
REMUME	RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS
RT	RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA
SAD	SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR
SE	SALA DE ESTABILIZAÇÃO
SC	SUBCUTÂNEO (A)
SER	SERINGA
SM	SAÚDE MENTAL
SOL	SOLUÇÃO
SPA	SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO DO CONFORTO
SPR	SPRAY
STA MAR	HOSPITAL SANTA MARIA
SUBL	SUBLINGUAL
SUP	SUPOSITÓRIO
SUS	SUSPENSÃO
TB	TUBERCULOSE
UPA	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
URG/EMERG	URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS
VA	VIGILÂNCIA AMBIENTAL
VAG	VAGINAL
XPE	XAROPE

SUMÁRIO

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS POR ORDEM ALFABÉTICA E DISPONÍVEIS CONFORME UNIDADE DE DISPENSAÇÃO/UTILIZAÇÃO	9
ANEXO 1 – MEDICAMENTOS ESSENCIAIS FORNECIDOS EM NÍVEL AMBULATORIAL, POR INDICAÇÃO TERAPÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE VOLTA REDONDA.....	25
ANEXO 2 – RELAÇÃO ESTADUAL DE MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA FORNECIDOS PELO CDI/SMS/PMVR	44
ANEXO 3 – RELAÇÃO ESTADUAL DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO FORNECIDOS PELO POLO ESTADUAL DE MEDICAMENTOS DE VOLTA REDONDA	49
LEGISLAÇÃO	63

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS POR ORDEM ALFABÉTICA E DISPONÍVEIS CONFORME UNIDADE DE DISPENSAÇÃO/UTILIZAÇÃO

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDE MIO	IDOS O	FM	STA MAR	HSJB	ODONTO	PC	PM	RT	SAD	ES C	UPA	VA
1	ACETAZOLAMIDA	COMPRIMIDO 250MG	COM							X											
2	ACETILCISTEÍNA	PÓ GRANULADO 600MG ENVELOPE 5G	ENV		X		X					X								X	
3	ACICLOVIR	COMPRIMIDO 200MG	COM		X		X	X			X								X	X	
4	ACICLOVIR	COMPRIMIDO 400MG	COM		X							X									
5	ACICLOVIR	CREME 50MG/G BISNAGA 10G	BG		X		X	X				X							X	X	
6	ACICLOVIR SÓDICO	PÓ LIÓFILO PARA INJEÇÃO 250MG + DILUENTE	FA		X		X	X				X							X		
7	ÁCIDO ACÉTICO	SOLUÇÃO TÓPICA 5% FRASCO 10ML	FR													X					
8	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	COMPRIMIDO 100MG	COM	X	X		X	X				X							X	X	
9	ÁCIDO FÓLICO	COMPRIMIDO 5MG	COM	X	X		X	X			X	X							X	X	
10	ÁCIDO FOLÍNICO	COMPRIMIDO 15MG	COM					X													
11	ÁCIDO TRANEXÂMICO	COMPRIMIDO 250MG	COM								X										
12	ÁCIDO TRANEXÂMICO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 50MG/ML IV AMPOLA 5ML	AMP		X		X					X								X	X
13	ÁCIDO TRICLOROACÉTICO	SOLUÇÃO TÓPICA 50% FRASCO 10ML	FR									X				X					
14	ÁCIDO TRICLOROACÉTICO	SOLUÇÃO TÓPICA 90% FRASCO 10ML	FR									X				X					
15	ÁCIDO URSODESOXICÓLICO	COMPRIMIDO 150 MG	COM								X										
16	ÁCIDO URSODESOXICÓLICO	COMPRIMIDO 300 MG	COM								X										
17	ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS (AGE)	SOLUÇÃO OLEOSA TÓPICA FRASCO 200ML	FR		X		X					X						X		X	
18	AFLIBERCEPTE	SOLUÇÃO INJETÁVEL 40 MG/ML FRASCO-AMPOLA 0,278ML (VOLUME ENCHIMENTO) / 0,100ML (VOLUME EXTRAÍVEL)	FA									X									
19	ÁGUA DESTILADA PARA INJEÇÃO	AMPOLA 10ML	AMP	X	X		X					X						X	X	X	
20	ÁGUA DESTILADA PARA INJEÇÃO	FRASCO SISTEMA FECHADO 100ML	FR		X		X					X									
21	ALBENDAZOL	COMPRIMIDO MASTIGÁVEL 400MG	COM	X	X		X					X							X	X	
22	ALBENDAZOL	SUSPENSÃO ORAL 40MG/ML FRASCO 10ML	FR	X								X							X		
23	ALBUMINA HUMANA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 20% IV FRASCO AMPOLA 50ML	FA		X							X									
24	ALENDRONATO DE SÓDIO	COMPRIMIDO 70MG	COM								X										
25	ALFAEPOETINA HUMANA RECOMBINANTE	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV/SC 4.000UI FRASCO-AMPOLA 1ML	FA		X							X									
26	ALOPURINOL	COMPRIMIDO 100MG	COM	X							X										
27	ALOPURINOL	COMPRIMIDO 300MG	COM								X										

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDE MIO	IDOS O	FM	STA MAR	HSJB	ODONTO	PC	PM	RT	SAD	ES C	UPA	VA
28	ALTEPLASE	PÓ LIÓFILO PARA INJEÇÃO 50MG + DILUENTE	FA		X		X					X								X	
29	AMBROXOL, CLORIDRATO	XAROPE 3MG/ML FRASCO 100ML	FR								X										
30	AMBROXOL, CLORIDRATO	XAROPE 6MG/ML FRASCO 100ML	FR		X		X	X			X	X							X	X	
31	AMICACINA, SULFATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 250MG/ML IM/IV AMPOLA 2ML	AMP		X		X					X								X	
32	AMINOÁCIDOS CLORANFENICOL METIONINA VITAMINA A	+ POMADA OFTÁLMICA 25MG/G + 5MG/G + 5MG/G + 10.000UI + BISNAGA 3,5G	BG		X		X			X					X					X	
33	AMINOFILINA	COMPRIMIDO 100MG	COM	X	X		X	X				X							X	X	
34	AMINOFILINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 24MG/ML IM/IV AMPOLA 10ML	AMP	X	X		X					X								X	
35	AMIODARONA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 200MG	COM		X		X				X	X								X	
36	AMIODARONA, CLORIDRATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 50MG/ML IV AMPOLA 3ML	AMP		X		X					X							X	X	
37	AMITRIPTILINA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 25MG	COM		X						X	X						X	X		
38	AMOXICILINA	CÁPSULA OU COMPRIMIDO 500MG	COM	X	X		X	X			X	X		X				X	X	X	
39	AMOXICILINA	PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL 50MG/ML FRASCO 60ML	FA	X	X		X				X	X							X	X	
40	AMOXICILINA CLAVULANATO POTÁSSIO	+ DE PÓ PARA INJEÇÃO IV 1G+ 200MG FA + DILUENTE	FR		X		X					X		X					X	X	
41	AMOXICILINA CLAVULANATO POTÁSSIO	+ DE CÁPSULA OU COMPRIMIDO 500MG + 125MG	COM								X										
42	AMOXICILINA CLAVULANATO POTÁSSIO	+ DE SUSPENSÃO ORAL 50MG/ML + 12,5MG/ML FRASCO 75ML	FR	X	X		X				X	X								X	
43	AMPICILINA SÓDICA	CÁPSULA 500MG	CAP								X										
44	AMPICILINA SÓDICA	PÓ PARA INJEÇÃO IV 1G	FA		X		X					X								X	
45	AMPICILINA SÓDICA + SULBACTAM	PÓ PARA INJEÇÃO IV 2G + 1G + DILUENTE	FA		X							X									
46	ANFOTERICINA B	PÓ LIÓFILO PARA INJEÇÃO IV 50MG + DILUENTE	FA		X							X									
47	ANFOTERICINA B LIPOSOMAL	PÓ LIÓFILO PARA INJEÇÃO IV 50MG + FILTROS DE MICRONS DESCARTÁVEIS ESTÉREIS	FA						X												
48	ANLODIPINO, BESILATO	COMPRIMIDO 10MG	COM	X	X		X					X								X	
49	ANLODIPINO, BESILATO	COMPRIMIDO 5MG	COM	X																	
50	ARTESUNATO DE SÓDIO	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 60 MG	FA						X			X									
51	ARTESUNATO + MEFLOQUINA	COMPRIMIDO 25 MG + 50 MG CARTELA C/3	COM								X										
52	ARTESUNATO + MEFLOQUINA	COMPRIMIDO 25 MG + 50 MG CARTELA C/6	COM								X										
53	ARTEMETER + LUMEFANTRINA	COMPRIMIDO 20 MG + 120 MG CARTELA C/18	COM								X										
54	ARTEMETER + LUMEFANTRINA	COMPRIMIDO 20 MG + 120 MG CARTELA C/24	COM								X										
55	ATENOLOL	COMPRIMIDO 25MG	COM	X	X		X	X		X		X							X	X	
56	ATENOLOL	COMPRIMIDO 50MG	COM	X	X		X			X		X							X	X	

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDE MIO	IDOS O	FM	STA MAR	HSIB	ODONTO	PC	PM	RT	SAD	ES C	UPA	VA
57	ATRACÚRIO, BESILATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 10MG/ML IV AMPOLA 2,5ML	AMP									X									
58	ATROPINA, SULFATO	COLÍRIO 0,5% FRASCO 5ML	FR							X					X						
59	ATROPINA, SULFATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,25MG/ML AMPOLA 1ML	AMP	X	X		X					X							X	X	
60	ATROPINA, SULFATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,5MG/ML AMPOLA 1ML	AMP																		X
61	AZITROMICINA	COMPRIMIDO 500MG	COM	X	X		X	X			X	X		X					X	X	
62	AZITROMICINA DIIDRATADA	PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL 209,65/5ML (EQUIVALENTE A 200MG/5ML = 40MG/ML) FRASCO 15ML	FR								X	X									
63	AZUL DE TRYPAN	SOLUÇÃO AQUOSA OFTÁLMICA ESTÉRIL 1MG/ML FRASCO/AMPOLA 1ML	FA		X					X		X									
64	BACLOFENO	COMPRIMIDO 10MG	COM									X						X			
65	BECLOMETASONA, DIPROPIONATO	SPRAY NASAL AQUOSO 250MCG/DOSE FRASCO 15ML	FR								X										
66	BENZILPENICILINA BENZATINA	PÓ PARA SUSPENSÃO IM INJETÁVEL 600.000UI	FA	X	X		X	X			X	X							X	X	X
67	BENZILPENICILINA BENZATINA	PÓ PARA SUSPENSÃO IM INJETÁVEL 1.200.000UI	FA	X	X		X	X			X	X							X	X	X
68	BENZILPENICILINA POTÁSSICA (CRISTALINA)	PÓ PARA SUSPENSÃO IM/IV INJETÁVEL 5.000.000UI	FA										X								
69	BENZILPENICILINA PROCAÍNA + BENZILPENICILINA POTÁSSICA	PÓ PARA SUSPENSÃO IM INJETÁVEL 300.000UI + 100.000UI	FA	X	X		X				X	X							X	X	
70	BENZOATO DE BENZILA	EMULÇÃO TÓPICA 25% FRASCO 60ML	FR	X	X		X	X				X							X	X	
71	BETAMETASONA, ACETATO + BETAMETASONA, FOSFATO	SUSPENSÃO INJETÁVEL IM 3MG/ML+ 3MG/ML AMPOLA 1ML	AMP													X					
72	BETAMETASONA, DIPROPIONATO + BETAMETASONA, FOSFATO	SUSPENSÃO INJETÁVEL IM 5MG/ML+ 2MG/ML AMPOLA 1ML	AMP		X		X					X								X	
73	BICARBONATO, SÓDIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 8,4% AMPOLA 10ML	AMP		X		X					X							X	X	
74	BICARBONATO, SÓDIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 8,4% SISTEMA FECHADO FRASCO 250ML	FR		X		X					X							X	X	
75	BIPERIDENO, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 2MG	COM		X						X										
76	BIPERIDENO, LACTATO	SUSPENSÃO INJETÁVEL 5MG/ML AMPOLA 1ML	AMP		X																
77	BISACODIL	COMPRIMIDO 5MG	COM		X		X					X								X	
78	BROMOPRIDA	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 5MG/ML AMPOLA 2ML	AMP		X		X					X								X	
79	BROMOPRIDA	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 4MG/ML FRASCO 20ML	FR		X		X					X						X		X	
80	BUDESONIDA	SPRAY NASAL 32MCG/DOSE 120 DOSES	FR								X										
81	BUDESONIDA	AEROSSOL BUCAL 50MCG/DOSE 100 DOSES	FR								X										
82	BUPIVACAÍNA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,75% FRASCO AMPOLA 20ML EM ESTOJO ESTÉRIL	FA		X							X									

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDE MIO	IDOS O	FM	STA MAR	HSJB	ODONTO	PC	P M	RT	SAD	ES C	UPA	VA	
83	BUPIVACAÍNA + EPINEFRINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,5% + 182MCG FA 20ML EM ESTOJO ESTÉRIL	FA		X							X										
84	BUPROPIONA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 150MG	COM		X						X											
85	CAPIM LIMÃO (CYMBOGON CITRATUS)	PLANTA MEDICINAL (MATÉRIA- PRIMA)	KG	OBS: FARMÁCIA VIVA																		
86	CAPTOPRIL	COMPRIMIDO 25MG	COM	X	X		X	X				X		X					X	X		
87	CARBACOL, CLORETO	SOLUÇÃO INTRA-OCULAR ESTÉRIL 0,1MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL FRASCO/AMPOLA OU AMPOLA 2ML	COM							X												
88	CARBAMAZEPINA	COMPRIMIDO 200MG	COM		X		X				X	X						X	X	X		
89	CARBAMAZEPINA	SUSPENSÃO ORAL 20MG/ML FRASCO 100ML	FR		X						X	X										
90	CARBONATO DE CÁLCIO	COMPRIMIDO 500MG	COM								X											
91	CARBONATO DE CÁLCIO COLECALCIFEROL	COMPRIMIDO 500MG + 400UI	COM								X											
92	CARBONATO DE LÍCIO	COMPRIMIDO 300MG	COM		X						X											
93	CARVÃO VEGETAL ATIVADO	SACHÊ 15G	SAC		X		X					X									X	
94	CARVEDILOL	COMPRIMIDO 3,125MG	COM		X		X				X	X									X	
95	CARVEDILOL	COMPRIMIDO 6,25MG	COM		X		X				X	X									X	
96	CARVEDILOL	COMPRIMIDO 12,5MG	COM		X		X				X	X									X	
97	CEFALEXINA (SÓDICA OU CLORIDRATO)	CÁPSULA 500MG	CAP	X	X		X	X			X	X		X				X	X	X		
98	CEFALEXINA (SÓDICA OU CLORIDRATO)	SUSPENSÃO ORAL 50MG/ML FRASCO 60ML	FR	X	X		X				X	X		X					X	X		
99	CEFAZOLINA	PÓ PARA INJEÇÃO IM/IV 1G	FA									X										
100	CEFEPIMA	PÓ PARA INJEÇÃO IM/IV 1G+ DILUENTE	FA		X		X					X									X	
101	CEFTAZIDIMA	PÓ PARA INJEÇÃO IM/IV 1G	FA									X										
102	CEFTRIAXONA	PÓ PARA INJEÇÃO 1G IM/IV	FA		X		X					X							X	X		
103	CETOCONAZOL	CREME 20MG/G BISNAGA 30G	BG		X		X					X									X	
104	CETOCONAZOL	COMPRIMIDO 200MG	COM		X			X				X										
105	CICLOPENTOLATO	COLÍRIO 1% FRASCO 5ML	FR							X					X							
106	CILOSTAZOL	COMPRIMIDO 50MG	COM								X											
107	CILOSTAZOL	COMPRIMIDO 100MG	COM								X	X										
108	CIPROFLOXACINO, CLORIDRATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 2MG/ML SISTEMA FECHADO FRASCO 100ML	FR		X		X					X							X	X		
109	CIPROFLOXACINO, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 500MG	COM		X		X	X			X	X						X	X	X		
110	CIPROFLOXACINO, CLORIDRATO	COLÍRIO 0,3% FRASCO 5ML	FR							X					X							

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDEMIO	IDOSO	FM	STAMAR	HSJB	ODONTO	PC	PM	RT	SAD	ESC	UPA	VA
111	CLARITROMICINA	COMPRIMIDO 500MG	CP					X													
112	CLARITROMICINA	PÓ PARA INJEÇÃO IV 500MG+ DILUENTE	FA		X		X					X									X
113	CLINDAMICINA, CLORIDRATO	CÁPSULA 300 MG	CAP					X			X										
114	CLINDAMICINA, CLORIDRATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 150MG/ML AMPOLA 4ML	AMP		X		X					X									
115	CLOBETASOL, PROPIONATO	CREME 0,5MG/G BISNAGA 30G	BG								X										
116	CLOMIFENO	COMPRIMIDO 50MG	COM								X										
117	CLOMIPRAMINA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 25MG	COM		X						X										
118	CLONAZEPAM	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 2,5MG/ML FRASCO 20ML	FR		X		X				X	X							X	X	
119	CLONAZEPAM	COMPRIMIDO 2MG	COM		X						X										
120	CLONIDINA	COMPRIMIDO 0,100MG	COM		X		X					X									X
121	CLOPIDOGREL	COMPRIMIDO 75MG	COM		X		X					X									X
122	CLORANFENICOL	COLÍRIO 0,5% FRASCO 10ML	FR		X					X		X			X						
123	CLORANFENICOL	PÓ PARA INJEÇÃO IV 1G + DILUENTE	FA						X			X									
124	CLORETO DE POTÁSSIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 10% IV AMPOLA 10ML	AMP		X		X					X							X	X	X
125	CLORETO DE POTÁSSIO	XAROPE 60MG/ML FRASCO 100ML	FR									X									
126	CLORETO DE SÓDIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,9% AMPOLA 10ML	AMP	X	X		X					X			X			X	X	X	
127	CLORETO DE SÓDIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,9% SISTEMA FECHADO 500ML	FR	X	X		X					X		X	X			X	X	X	X
128	CLORETO DE SÓDIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,9% SISTEMA FECHADO 250ML	FR		X		X					X									X
129	CLORETO DE SÓDIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 20% AMPOLA 10ML	AMP		X		X					X							X	X	
130	CLORETO DE SÓDIO + BENZALCONIO	SOLUÇÃO NASAL 0,9% + 0,01% FRASCO 30ML	FR	X	X		X	X			X	X							X	X	
131	CLOREXIDINA	SOLUÇÃO ORAL PARA BOCHECHO 0,12% FRASCO 100ML	FR									X									
132	CLOROQUINA	COMPRIMIDO 150MG	COM						X			X									
133	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 5MG/ML AMPOLA 5ML	AMP		X							X								X	
134	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 25MG	COM		X						X										
135	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 100MG	COM		X						X									X	
136	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 4% FRASCO 20ML	FR		X						X	X								X	
137	CODÉINA, SULFATO	COMPRIMIDO 30MG	COM									X						X			
138	COLAGENASE	POMADA 0,6UI/G BISNAGA 30G	BG	X	X		X	X				X				X			X	X	
139	DAPTOMICINA	PÓ PARA INJEÇÃO IV 500MG FRASCO AMPOLA	FA									X									
140	DESLANOSÍDEO	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 0,2MG/ML AMPOLA 2ML	AMP		X		X					X									X
141	DEXAMETASONA	CREME 0,1% BISNAGA 10G	BG	X	X		X	X				X						X	X	X	

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDE MIO	IDOS O	FM	STA MAR	HSIB	ODONTO	PC	PM	RT	SAD	ESC	UPA	VA
142	DEXAMETASONA	COMPRIMIDO 4MG	COM									X						X			
143	DEXAMETASONA	COLÍRIO 0,1% FRASCO 5ML	FR							X											
144	DEXAMETASONA	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 4MG/ML AMPOLA 2,5ML	AMP		X		X					X								X	X
145	DEXAMETASONA	ELIXIR 0,1MG/ML FRASCO 100ML	FR		X		X					X							X	X	
146	DEXAMETASONA + NEOMICINA + POLIMIXINA + HIDROXIPROPILMETILCELULOSE	COLÍRIO (1MG+ 5MG+ 6.000UI+ 5MG)/ML FRASCO 5ML	FR		X					X											
147	DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO	XAROPE OU SOLUÇÃO ORAL 0,4MG/ML FRASCO 120ML	FR	X	X		X	X				X							X	X	
148	DEXTROCETAMINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 50MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL FR/A 10ML	FA									X									X
149	DIAZEPAM	COMPRIMIDO 10MG	COM		X		X				X	X						X	X	X	
150	DIAZEPAM	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 5MG/ML AMPOLA 2ML	AMP		X		X					X						X	X	X	X
151	DIAZEPAM	COMPRIMIDO 5MG	COM		X		X				X	X						X	X	X	
152	DICLOFENACO DIETILAMÔNIO	GEL TÓPICO 10MG/G BISNAGA 60G	BG		X		X					X									X
153	DICLOFENACO SÓDIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 25MG/ML IM AMPOLA 3ML	AMP	X	X		X					X							X	X	
154	DIGOXINA	COMPRIMIDO 0,25MG	COM	X	X		X	X				X							X	X	
155	DILTIAZEM	COMPRIMIDO 60MG	COM		X		X				X	X									X
156	DIOSMINA HESPERIDINA	COMPRIMIDO 450MG+ 50MG	COM		X		X				X	X									X
157	DIPIRONA SÓDICA	SUPositório 300MG	SUP		X		X					X							X	X	
158	DIPIRONA SÓDICA	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 500MG/ML FRASCO 10ML	FR	X	X		X	X				X		X					X	X	
159	DIPIRONA SÓDICA	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 500MG/ML AMPOLA 2ML	AMP	X	X		X					X						X	X	X	
160	DIPIRONA SÓDICA	COMPRIMIDO 500MG	COM	X	X		X	X				X		X				X	X	X	
161	DOBUTAMINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 12,5MG/ML AMPOLA 20ML	AMP		X		X					X							X	X	
162	DOMPERIDONA	COMPRIMIDO 10MG	COM		X							X									
163	DOPAMINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 5MG/ML AMPOLA 10ML	AMP		X		X					X							X	X	
164	DOXAZOSINA	COMPRIMIDO 2MG	COM								X										
165	DOXICICLINA	COMPRIMIDO 100MG REVESTIDO	COM					X			X										
166	ENALAPRIL, MALEATO	COMPRIMIDO 5MG	COM	X																	
167	ENALAPRIL, MALEATO	COMPRIMIDO 10MG	COM	X	X		X					X									X
168	ENALAPRIL, MALEATO	COMPRIMIDO 20MG	COM	X	X		X	X													X
169	ENOXAPARINA SÓDICA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 40MG SC SERINGA 0,4ML COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	SER		X		X				X	X									X
170	ENOXAPARINA SÓDICA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 60MG SC SERINGA 0,6ML COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	SER		X		X					X									X
171	ENOXAPARINA SÓDICA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 80MG SC SERINGA 0,8ML COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	SER		X		X					X									X

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDE MIO	IDOS O	FM	STA MAR	HSJB	ODONTO	PC	PM	RT	SAD	ESC	UPA	VA	
172	EPINEFRINA (ADRENALINA)	SOLUÇÃO INJETÁVEL 1MG/ML IM/IV/SC AMPOLA 1ML	AMP	X	X		X					X						X	X	X		
173	ERITROMICINA, ESTOLATO	SUSPENSÃO ORAL 25MG/ML 60ML	FR								X			X								
174	ESCINA + SALICILATO DE METILA	GEL 0,01G/G+ 0,05G/G BSNAGA 30G	BG		X		X					X									X	
175	ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)	SOLUÇÃO INJETÁVEL 20MG/ML AMPOLA 1ML	AMP		X		X					X						X	X	X		
176	ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)	COMPRIMIDO 10MG	COM	X	X		X	X											X	X		
177	ESCOPOLAMINA (HIOSCINA) + DIPIRONA	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 4MG/ML+ 500MG/ML AMPOLA 5ML	AMP	X	X		X					X							X	X		
178	ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)+ DIPIRONA	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 6,67MG/ML+ 333,4MG/ML FRASCO 20ML	FR		X							X						X				
179	ESPINHEIRA SANTA (MAYTENUS ILICIFOLIA)	PLANTA MEDICINAL (MATÉRIA-PRIMA)	KG	OBS: FARMÁCIA VIVA																		
180	ESPIRAMICINA	COMPRIMIDO 500MG (EQUIVALENTE 1,5UI)	COM								X											
181	ESPIRONOLACTONA	COMPRIMIDO 100MG	COM		X		X				X	X						X		X		
182	ESPIRONOLACTONA	COMPRIMIDO 25MG	COM		X		X				X	X						X		X		
183	ESTRADIOL, VALERATO + NORETISTERONA, ENANTATO (MESIGYNA)	SOLUÇÃO INJETÁVEL 5MG+ 50MG SERINGA 1ML PARA LIBERAÇÃO CONTROLADA	DR													X						
184	ESTRIOL	CREME VAGINAL 1MG/G BSNAGA 50G+ APLICADOR	BG								X											
185	ESTROGÊNIO CONJUGADOS	CREME VAGINAL 0,625MG/G BSNAGA 25G	BG								X											
186	ESTROGÊNIO CONJUGADOS	DRÁGEA 0,625MG	DR								X											
187	ETILNILESTRADIOL + LEVONORGESTREL (MICROVLAR)	DRÁGEA 0,03MG + 0,15MG	DR													X						
188	ETILNILESTRADIOL + LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL (TRIQUILAR)	DRÁGEAS 30MCG + 150MCG + 40 MCG DRÁGEAS	DR													X						
189	ETOMIDATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 2MG/ML AMPOLA 10ML	AMP		X							X										
190	FENILEFRINA	COLÍRIO 10% FRASCO 5ML	FR							X					X							
191	FENITOÍNA SÓDICA	COMPRIMIDO 100MG	COM		X		X				X	X									X	
192	FENITOÍNA SÓDICA	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 50MG/ML AMPOLA 5ML	AMP		X		X					X							X	X		
193	FENOBARBITAL	COMPRIMIDO 100MG	COM		X		X				X	X						X		X		
194	FENOBARBITAL	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 100MG/ML AMPOLA 2ML	AMP		X		X					X							X	X		
195	FENOBARBITAL	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 4% FRASCO 20ML	FR		X						X	X										
196	FENOFIBRATO	COMPRIMIDO 250MG	COM					X														
197	FENOTEROL, BROMIDRATO	SOLUÇÃO PARA NEBULIZAÇÃO 5MG/ML FRASCO 20ML	FR	X	X		X					X						X	X	X		

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDEMIO	IDOSO	FM	STAMAR	HSIB	ODONTO	PC	PM	RT	SAD	ESC	UPA	VA
198	FENTANILA, CITRATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 0,05MG/ML FRASCO/AMPOLA 10ML	FA		X		X					X								X	
199	FERRO, HIDRÓXIDO DE (SACARATO)	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 20MG/ML AMPOLA 5ML	AMP		X		X					X								X	
200	FERROSO, SULFATO	COMPRIMIDO (EQUIVALENTE A 40MG DE FERRO)	COM	X	X		X	X			X	X							X	X	
201	FERROSO, SULFATO	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 125MG/ML FRASCO 30ML (EQUIVALENTE A 25MG/ML DE FERRO)	FR	X				X				X							X		
202	FILGRASTIM	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV/SC 300MCG FRASCO AMPOLA 1ML	FA		X							X									
203	FILTRO SOLAR (BLOQUEADOR SOLAR)	LOÇÃO CREMOSA FPS 30 FRASCO 120ML	FR								X										X
204	FINASTERIDA	COMPRIMIDO 5MG	COM								X										
205	FLUCONAZOL	CÁPSULA 150MG	CAP	X	X		X	X				X						X	X	X	
206	FLUCONAZOL	SOLUÇÃO INJETÁVEL 2MG/ML IV FRASCO SISTEMA FECHADO 100ML	FR		X		X					X								X	
207	FLUMAZENIL	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 0,1MG/ML AMPOLA 5ML	AMP		X		X					X							X	X	
208	FLUORESCÉINA	COLÍRIO 1% FRASCO 3ML	FR							X					X						
209	FLUORESCEINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 10% SOLUÇÃO INJETÁVEL IV AMPOLA OU FRASCO AMPOLA 5ML	AMP							X											
210	FLUOJETINA, CLORIDRATO	CÁPSULA 20MG	CAP		X						X	X									
211	FOSFATO DE SÓDIO MONOBÁSICO + FOSFATO DE SÓDIO DIBÁSICO	ENEMA 160MG/ML + 60MG/ML FRASCO 130ML	FR		X		X					X						X	X	X	
212	FUROSEMIDA	COMPRIMIDO 40MG	COM	X	X		X	X				X						X	X	X	
213	FUROSEMIDA	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 10MG/ML AMPOLA 2ML	AMP	X	X		X	X				X							X	X	
214	GARRA DO DIABO (HARPAGOPHYTUM PROCUMBENS)	COMPRIMIDOS REVESTIDOS GASTRO-RESISTENTES 400 MG	COM								X										
215	GENTAMICINA, SULFATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 40MG/ML AMPOLA 2ML	AMP		X		X					X								X	
216	GLIBENCLAMIDA	COMPRIMIDO 5MG	COM	X	X		X	X				X							X	X	
217	GLICAZIDA	COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA 30MG	COM								X										
218	GLICAZIDA	COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA 60MG	COM								X										
219	GLICONATO DE CÁLCIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 10% AMPOLA 10ML	AMP		X		X					X							X	X	
220	GLICOSE	SOLUÇÃO INJETÁVEL HIPERTÔNICA 25% AMPOLA 10ML	AMP	X	X		X					X						X	X	X	
221	GLICOSE	SOLUÇÃO INJETÁVEL HIPERTÔNICA 50% AMPOLA 10ML	AMP	X	X		X					X						X	X	X	
222	GLICOSE	SOLUÇÃO INJETÁVEL ISOTÔNICA 5% FRASCO SISTEMA FECHADO 250ML	FR		X		X					X							X	X	
223	GLICOSE	SOLUÇÃO INJETÁVEL ISOTÔNICA 5% FRASCO SISTEMA FECHADO 500ML	FR		X		X					X						X	X	X	

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDE MIO	IDOS O	FM	STA MAR	HSJB	ODONTO	PC	PM	RT	SAD	ESC	UPA	VA	
224	GLIMEPIRIDA	COMPRIMIDO 2MG	COM								X											
225	GLIMEPIRIDA	COMPRIMIDO 4MG	COM								X											
226	GUACO (MIKANIA GLOMERATA)	XAROPE 81,50MG/ML FRASCO 120ML	FR	X																		
227	GUACO (MIKANIA GLOMERATA)	PLANTA MEDICINAL (MATÉRIA-PRIMA)	KG	OBS: FARMÁCIA VIVA																		
228	HALOPERIDOL	COMPRIMIDO 1MG	COM		X						X											
229	HALOPERIDOL	COMPRIMIDO 5MG	COM		X		X				X	X							X	X		
230	HALOPERIDOL	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 0,2% FRASCO 20ML	FR		X						X	X						X				
231	HALOPERIDOL	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 5MG/ML AMPOLA 1ML	AMP		X		X					X							X	X		
232	HALOPERIDOL, DECANOATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 50MG/ML IM AMPOLA 1ML	AMP		X	X																
233	HEPARINA SÓDICA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 5.000UI/0,25ML SC AMPOLA	AMP		X							X										
234	HEPARINA SÓDICA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 5.000UI/ML IV FRASCO/AMPOLA 5ML	FA		X		X					X									X	
235	HIALURONATO DE SÓDIO	SOLUÇÃO VISCO-ELÁSTICA INTRAOCULAR 1,6% SERINGA 0,8ML	SER							X												
236	HIALURONIDASE	PÓ LIÓFILO 2.000UTR INJETÁVEL+ DILUENTE	AMP							X												
237	HIDRALAZINA	COMPRIMIDO 25MG	COM								X											
238	HIDRALAZINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 20MG/ML AMPOLA 1ML	AMP		X		X					X									X	
239	HIDROCLOROTIAZIDA	COMPRIMIDO 25MG	COM	X	X		X	X		X		X							X	X		
240	HIDROCORTISONA	PÓ PARA INJEÇÃO IM/IV 100MG + DILUENTE	FA	X	X		X					X							X	X		
241	HIDROCORTISONA	PÓ PARA INJEÇÃO IM/IV 500MG + DILUENTE	FA	X	X		X					X									X	
242	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO	SUSPENSÃO ORAL 61,5MG/ML FRASCO 100ML	FR		X		X					X						X	X	X		
243	HIDROXIETILAMIDO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 60MG/ML (130/0,4) BOLSA SISTEMA FECHADO 500ML	BOLSA									X										
244	HIDROXIZINA	SOLUÇÃO ORAL 2MG/ML FRASCO 120ML	FR		X		X				X	X							X	X		
245	IBUPROFENO	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 50MG/ML FRASCO 30ML	FR								X	X										
246	IBUPROFENO	COMPRIMIDO 300MG	COM	X	X		X	X			X	X		X				X	X	X		
247	IMIPRAMINA	COMPRIMIDO 10MG	COM								X											
248	IMIPRAMINA	COMPRIMIDO 25MG	COM		X						X											
249	IMIPRAMINA, PAMOATO	COMPRIMIDO 75MG	COM		X						X											
250	IMUNOGLOBULINA ANTI RH(D)	INJETÁVEL	FR										X									
251	IMUNOGLOBULINA HUMANA	PÓ LIÓFILO IV 5G FRASCO AMPOLA + DILUENTE	FA		X							X										
252	INSULINA HUMANA NPH	SOLUÇÃO INJETÁVEL 100UI/ML FRASCO/AMPOLA 10ML	FA		X		X				X	X							X	X		
253	INSULINA HUMANA REGULAR	SOLUÇÃO INJETÁVEL 100UI/ML FRASCO/AMPOLA 10ML	FA		X		X				X	X							X	X		
254	IPRATRÓPIO, BROMETO	SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO 0,25MG/ML FRASCO 20ML	FR	X	X		X					X						X	X	X		

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDEMIO	IDOSO	FM	STAMAR	HSIB	ODONTO	PC	PM	RT	SAD	ESC	UPA	VA
255	ISOFLAVONA DE SOJA (GLYCINE MAX)	COMPRIMIDO REVESTIDO 75MG	COM	X							X					X					
256	ISOSSORBIDA, DINITRATO	COMPRIMIDO SUBLINGUAL 5MG	COM		X		X				X	X							X	X	
257	ISOSSORBIDA, DINITRATO	COMPRIMIDO 10MG	COM		X		X				X	X							X	X	
258	ISOSSORBIDA, MONONITRATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 10MG/ML AMPOLA 1ML	AMP		X							X									
259	ISOSSORBIDA, MONONITRATO	COMPRIMIDO 20MG	COM		X		X				X	X							X	X	
260	ISOSSORBIDA, MONONITRATO	COMPRIMIDO 40MG	COM								X	X									
261	ITRACONAZOL	CÁPSULA 100MG	CAP					X			X	X									
262	IVERMECTINA	COMPRIMIDO 6MG	COM	X	X		X					X									X
263	LACTULOSE	XAROPE 667MG/ML FRASCO 120ML	FR		X		X					X									X
264	LEVODOPA BENSERAZIDA	+ COMPRIMIDO LIBERAÇÃO CONTROLADA 100MG+ 25MG	COM								X										
265	LEVODOPA BENSERAZIDA	+ COMPRIMIDO DISPERSÍVEL 100MG+ 25MG	COM								X										
266	LEVODOPA BENSERAZIDA	+ COMPRIMIDO 200MG+ 50MG	COM								X										
267	LEVODOPA CARBIDOPA	+ COMPRIMIDO 250MG+ 25MG	COM								X										
268	LEVOFLOXACINO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 5MG/ML FRASCO SISTEMA FECHADO 100ML	FR		X		X					X							X	X	
269	LEVOFLOXACINO	COMPRIMIDO 500MG	COM		X		X	X				X							X	X	
270	LEVOMEPROMAZINA	COMPRIMIDO 100MG	COM		X						X										
271	LEVOMEPROMAZINA	COMPRIMIDO 25MG	COM		X						X										
272	LEVOMEPROMAZINA	SOL.ORAL GOTAS 4% FR 20ML	FR		X						X										
273	LEVONORGESTREL	DRÁGEA 75MCG	DR	X									X								
274	LEVOTIROXINA SÓDICA	COMPRIMIDO 25MCG	COM								X	X									
275	LEVOTIROXINA SÓDICA	COMPRIMIDO 50MCG	COM								X	X									
276	LEVOTIROXINA SÓDICA	COMPRIMIDO 100MCG	COM								X	X									
277	LIDOCAÍNA, CLORIDRATO	GEL 2% BISNAGA 30G	BG		X		X					X		X	X			X	X	X	X
278	LIDOCAÍNA, CLORIDRATO	SOLUÇÃO TÓPICA 10% FRASCO SPRAY 50ML	FR		X		X					X							X	X	
279	LIDOCAÍNA, CLORIDRATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 2% FRASCO-AMPOLA 20ML	FA	X	X		X					X				X		X	X	X	X
280	LIDOCAÍNA, CLORIDRATO EPINEFRINA	+ SOLUÇÃO INJETÁVEL 2% + 1:200.000 FRASCO-AMPOLA 20ML EM ESTOJO ESTÉRIL	FA		X							X							X		
281	LINEZOLIDA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 2MG/ML BOLSA SISTEMA FECHADO 300ML	BOL		X							X									
282	LOPERAMIDA	COMPRIMIDO 2MG	COM		X		X					X									X
283	LORATADINA	COMPRIMIDO 10MG	COM								X	X									
284	LORAZEPAM	COMPRIMIDO 2MG	COM		X																
285	LOSARTANA POTÁSSICA	COMPRIMIDO 50MG	COM	X	X		X					X							X	X	

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDE MIO	IDOS O	FM	STA MAR	HSJB	ODO NTO	PC	PM	RT	SAD	ES C	UPA	VA
286	LUGOL FORTE	SOLUÇÃO TÓPICA 5% FRASCO 10ML	FR									X				X					
287	MAGNÉSIO, SULFATO DE	SOLUÇÃO INJETÁVEL 10% AMPOLA 10ML	AMP		X		X					X								X	
288	MAGNÉSIO, SULFATO DE	SOLUÇÃO INJETÁVEL 50% AMPOLA 10ML	AMP													X					
289	MANITOL	SOLUÇÃO INJETÁVEL 20% FRASCO SISTEMA FECHADO FRASCO OU BOLSA 250ML	FR		X		X					X									X
290	MEBENDAZOL	COMPRIMIDO 100MG	COM	X	X		X	X											X	X	
291	MEBENDAZOL	SUSPENSÃO ORAL 20MG/ML FRASCO 30ML	FR	X	X		X	X				X							X	X	
292	MEDROXIPROGESTERONA, ACETATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 150MG/ML AMPOLA	AMP													X					
293	MEGLUMINA, ANTIMONIATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 300 MG/ML AMPOLA 5ML	AMP						X												
294	MEMANTINA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 10MG	COM								X										
295	MEROPENEM	PÓ PARA INJEÇÃO 1G + DILUENTE	FA		X		X					X									X
296	METADONA	COMPRIMIDO 10MG	COM									X						X			
297	METFORMINA	COMPRIMIDO 850MG	COM	X	X		X	X				X							X	X	
298	METILCELULOSE	SOLUÇÃO OFTÁLMICA 2% FRASCO 10ML	FR							X					X						
299	METILCELULOSE	SOLUÇÃO OFTÁLMICA 2% VISCO-ELÁSTICA INTRAOCULAR SERINGA 2ML	SER							X											
300	METILDOPA	COMPRIMIDO 250MG	COM	X	X		X				X								X	X	
301	METILDOPA	COMPRIMIDO 500MG	COM								X	X							X		
302	METILPREDNISOLONA	PÓ LIÓFILO PARA INJEÇÃO IM/IV 500MG	FA		X		X					X									X
303	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 10MG	COM	X	X		X	X				X						X	X	X	
304	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 5MG/ML IM/IV AMPOLA 2ML	AMP	X	X		X					X						X	X	X	
305	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 4MG/ML FRASCO 20ML	FR	X																	
306	METOPROLOL	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 1MG/ML AMPOLA OU SERINGA 5ML	AMP		X		X					X									X
307	METOPROLOL, SUCCINATO	COMPRIMIDO 50MG	COM								X	X									
308	METOPROLOL, SUCCINATO	COMPRIMIDO 100MG	COM								X	X									
309	METOXISALENO	CÁPSULA 10MG	CAP								X										
310	METOXISALENO	CREME 0,1% BISNAGA 50G	BG								X										
311	METOXISALENO	CREME 0,2% BISNAGA 50G	BG								X										
312	METRONIDAZOL	COMPRIMIDO 250MG	COM	X	X		X					X		X				X	X	X	
313	METRONIDAZOL	CREME (OU GEL) VAGINAL 100MG/G BISNAGA 50G + APLICADOR	BG	X	X		X	X			X	X						X	X	X	
314	METRONIDAZOL	SUSPENSÃO ORAL 40MG/ML FRASCO 80ML	FR	X	X		X				X	X						X		X	
315	METRONIDAZOL	SOLUÇÃO INJETÁVEL 5MG/ML FRASCO SISTEMA FECHADO 100ML	FR		X		X					X									X

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDE MIO	IDOS O	FM	STA MAR	HSIB	ODONTO	PC	PM	RT	SAD	ESC	UPA	VA
316	MICONAZOL, NITRATO	CREME VAGINAL 2% BISNAGA 80G + APLICADOR	BG	X																	
317	MIDAZOLAM	COMPRIMIDO 15MG	COM									X							X		
318	MIDAZOLAM	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 1MG/ML AMPOLA 5ML	AMP		X		X					X								X	
319	MIDAZOLAM	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 5MG/ML AMPOLA 3ML	AMP		X		X					X								X	
320	MIDAZOLAM	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 5MG/ML AMPOLA 10ML	AMP		X		X					X								X	
321	MISOPROSTOL	COMPRIMIDO VAGINAL 200MCG	COM										X								
322	MORFINA, SULFATO	COMPRIMIDO 10MG	COM		X					X		X							X		
323	MORFINA, SULFATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV/SC 10MG/ML AMPOLA 1ML	AMP		X		X					X							X	X	
324	MORFINA, SULFATO	COMPRIMIDO 30MG	COM		X							X							X		
325	NALOXONA	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV/SC 0,4MG/ML AMPOLA 1ML	AMP		X		X					X								X	
326	NEOMICINA + BACITRACINA	POMADA 5G/G + 250UI BISNAGA 10G OU 15G	BG	X	X		X	X				X							X	X	
327	NEOSTIGMINE, METILSULFATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,5MG/ML AMPOLA 1ML	AMP		X		X					X								X	
328	NICOTINA	ADESIVO TRANSDÉRMICO 7MG	ADES								X	X									
329	NICOTINA	ADESIVO TRANSDÉRMICO 14MG	ADES								X	X									
330	NICOTINA	ADESIVO TRANSDÉRMICO 21MG	ADES								X	X									
331	NICOTINA	GOMA DE MASCAR 2MG	UNI								X										
332	NIFEDIPINO	COMPRIMIDO 10MG	COM	X	X		X	X				X							X	X	
333	NIFEDIPINO	COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA 20MG	COM	X	X		X	X				X							X	X	
334	NISTATINA	SUSPENSÃO ORAL 100.000UI/ML FRASCO 50ML	FR	X	X		X	X				X							X	X	X
335	NISTATINA	CREME VAGINAL 25.000UI/5G BISNAGA + 10 APLICADORES	BG	X	X		X	X			X	X							X	X	X
336	NITRAZEPAM	COMPRIMIDO 5MG	COM		X						X										
337	NITROFURANTOÍNA	CÁPSULA 100MG	CAP		X						X					X					
338	NITROGLICERINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 5MG/ML AMPOLA 5ML	AMP		X		X					X								X	
339	NITROPRUSSIATO DE SÓDIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 25MG/ML AMPOLA 2ML	AMP		X		X					X								X	
340	NOREPINEFRINA (NORADRENALINA), HEMITARTARATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 2MG/ML AMPOLA 4ML	AMP		X		X					X								X	
341	NORETISTERONA	0,35MG - CARTELA COM 35 COMPRIMIDOS	CARTELA	X																	
342	NORETISTERONA, ENANTATO + ESTRADIOL, Velerato (NOREGYNÁ)	SOLUÇÃO INJETÁVEL (50MG + 5MG) AMPOLA	AMP	X																	
343	NORFLOXACINO	COMPRIMIDO 400MG	COM		X		X					X							X	X	
344	ÓLEO MINERAL	LÍQUIDO PURO USO ORAL FRASCO 100ML	FR		X		X	X				X							X	X	X
345	OMEPRAZOL	CÁPSULA 20MG	CAP		X		X	X			X	X							X	X	X
346	OMEPRAZOL	PÓ PARA INJEÇÃO 40MG IV+ DILUENTE	FA		X		X					X							X	X	

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDE MIO	IDOS O	FM	STA MAR	HSJB	ODONTO	PC	PM	RT	SAD	ESC	UPA	VA
347	ONDANSETRONA	COMPRIMIDO 8MG	COM									X						X			
348	ONDANSETRONA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 4MG/ML IV/IM AMPOLA 2ML	AMP		X		X					X									X
349	OSELTAMIVIR, FOSFATO	CÁPSULA 75 MG	CAP									X									X
350	OSELTAMIVIR, FOSFATO	CÁPSULA 45 MG	CAP									X									X
351	OSELTAMIVIR, FOSFATO	CÁPSULA 30 MG	CAP									X									X
352	OXACILINA (SÓDICA)	PÓ PARA INJEÇÃO IM/IV 500MG+ DILUENTE	FA		X		X					X									X
353	OXIBUTININA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 5MG	COM								X										
354	OXIBUTININA, CLORIDRATO	1MG XAROPE, FRASCO 120ML	FR								X										
355	ÓXIDO DE ZINCO + VITAMINAS A + D	POMADA 150MG/G + 5.000UI/G+ 900UI/G BISNAGA 45G	BG		X		X					X									X
356	PAPAÍNA	CREME/GEL 10% BISNAGA 50G	BG									X						X			
357	PAPAÍNA	CREME/GEL 2% BISNAGA 50G	BG									X						X			
358	PARACETAMOL	COMPRIMIDO 500MG	COM	X	X		X	X			X	X		X				X	X	X	X
359	PARACETAMOL	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 200MG/ML FRASCO 15ML	FR	X	X		X	X			X	X		X				X	X	X	X
360	PENTAMIDINA, ISETIONATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 300 MG PÓ LIÓFILO IV/IM FRASCO-AMPOLA	FA						X												
361	PERICIAZINA	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 1% FRASCO 20ML	FR		X						X										
362	PERICIAZINA	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 4% FRASCO 20ML	FR		X						X										
363	PERMETRINA	LOÇÃO 1% FRASCO 60ML	FR	X	X							X								X	
364	PETIDINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 50MG/ML AMPOLA 2ML	AMP		X		X					X							X	X	
365	PIPERACILINA + TAZOBACTAM	PÓ PARA INJEÇÃO IV 4G+ 500MG + DILUENTE	FA		X		X					X									X
366	PIRIMETAMINA	COMPRIMIDO 25MG	COM					X													
367	POLIMIXINA B, SULFATO	PÓ PARA INJEÇÃO 500.000UI+ DILUENTE	FA		X							X									
368	PRAVASTATINA SÓDICA	COMPRIMIDO 20MG	COM					X													
369	PRAZIQUANTEL	COMPRIMIDO 600MG	COM						X												
370	PREDNISOLONA, ACETATO	COLÍRIO 1% FRASCO 5ML	FR									X			X						
371	PREDNISOLONA, FOSFATO SÓDICO DE	SOLUÇÃO ORAL 4,02MG/ML (EQUIVALENTE A 3MG/ML DE PREDNISOLONA BASE) FRASCO 100ML	FR	X	X		X					X								X	X
372	PREDNISONA	COMPRIMIDO 5MG	COM	X	X		X	X			X	X						X	X	X	X
373	PREDNISONA	COMPRIMIDO 20MG	COM	X	X		X	X			X	X						X	X	X	X
374	PRIMAQUINA	COMPRIMIDO 15MG	COM						X			X									
375	PROMETAZINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM 25MG/ML AMPOLA 2ML	AMP	X	X		X					X							X	X	
376	PROMETAZINA	COMPRIMIDO 25MG	COM		X		X				X	X							X	X	
377	PROPATILNITRATO	COMPRIMIDO 10MG	COM		X		X				X	X									X
378	PROPILOTIURACILA	COMPRIMIDO 100MG	COM								X	X									

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDE MIO	IDOS O	FM	STA MAR	HSIB	ODO NTO	PC	PM	RT	SAD	ES C	UPA	VA
379	PROPOFOL	EMULSÃO INJETÁVEL 1% IV AMPOLA 20ML	AMP		X							X									
380	PROPRANOLOL	COMPRIMIDO 40MG	COM	X	X		X	X				X							X	X	
381	PROTAMINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 1.000UI/ML AMPOLA 5ML	AMP				X					X									
382	PROXIMETACAÍNA	COLÍRIO 0,5% FRASCO 5ML	FR		X		X			X				X					X	X	
383	QUETIAPINA	COMPRIMIDO REVESTIDO 100MG	COM		X																
384	QUININA, DICLORIDRATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 300MG/ML AMPOLA 2ML	AMP						X			X									
385	QUININA, SULFATO	COMPRIMIDO 500MG	COM						X												
386	RANITIDINA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 150MG	COM	X	X		X	X			X	X							X	X	
387	RANITIDINA, CLORIDRATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 25MG/ML IM/IV AMPOLA 2ML	AMP	X	X		X					X							X	X	
388	RANITIDINA, CLORIDRATO	XAROPE 15MG/ML FRASCO 120ML	FR								X										
389	RIFAMICINA	SOLUÇÃO TÓPICA 10MG/ML SPRAY FRASCO 20ML	FR																		X
390	RIFAMPICINA	COMPRIMIDO 300MG	COM					X													
391	RINGER COM LACTATO DE SÓDIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL SISTEMA FECHADO FRASCO 500ML	FR		X		X					X						X	X	X	
392	RISPERIDONA	COMPRIMIDO 1MG	COM		X							X						X			
393	RISPERIDONA	COMPRIMIDO 2MG	COM		X							X						X			
394	RISPERIDONA	COMPRIMIDO 3MG	COM		X																
395	SACCHAROMYCES BOULARDII	CÁPSULA 100MG	CAP		X		X					X									X
396	SAIS PARA REIDRATAÇÃO	PÓ PARA SOLUÇÃO ORAL ENVELOPE 27,9G	ENV	X	X		X	X				X							X	X	
397	SALBUTAMOL, SULFATO	AEROSOL ORAL 100MCG/DOSE FRASCO 200 DOSES	FR								X	X									
398	SALBUTAMOL, SULFATO	XAROPE 0,4MG/ML FRASCO 100ML OU 120ML	FR	X	X		X	X				X							X	X	
399	SERTALINA	COMPRIMIDO 50MG	COM		X							X									
400	SEVOFLURANO	LÍQUIDO PARA INALAÇÃO FRASCO 100ML	FR									X									
401	SIMETICONA	SUSPENSÃO ORAL GOTAS 75MG/ML FRASCO 10ML	FR		X		X					X							X	X	
402	SIMETICONA	COMPRIMIDO 40MG	COM		X		X					X							X	X	
403	SINVASTATINA	COMPRIMIDO 20MG	COM	X	X		X					X									X
404	SINVASTATINA	COMPRIMIDO 40MG	COM									X							X		
405	SOLUÇÃO SALINA BALANCEADA	SOLUÇÃO SALINA BALANCEADA (BSS) PARA USO OFTÁLMICO(300mOsm/kg, pH 7,2) SISTEMA FECHADO 500ML	FR							X											
406	SORBITOL LAURILSULFATO DE SÓDIO	ENEMA 7,14MG/G+ 7,70MG/G BISNAGA 6,5G	BG		X		X					X						X	X	X	
407	SULFADIAZINA	COMPRIMIDO 500MG	COM					X				X									
408	SULFADIAZINA DE PRATA MICRONIZADA	CREMÊ 10MG/G BISNAGA 50G	BG	X	X		X	X				X				X		X	X	X	
409	SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 400MG + 80MG AMPOLA 5ML	AMP		X		X					X									X

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDE MIO	IDOS O	FM	STA MAR	HSJB	ODONTO	PC	PM	RT	SAD	ES C	UPA	VA
410	SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPINA	COMPRIMIDO 400MG + 80MG	COM	X	X		X	X				X						X	X	X	
411	SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPINA	SUSPENSÃO ORAL 40MG/ML+ 8MG/ML FRASCO 50ML	FR	X	X		X	X				X							X	X	
412	SULPIRIDA	COMPRIMIDO 200MG	COM		X						X										
413	TEICOPLAMINA	PÓ PARA INJEÇÃO IM/IV 400Mg+ DILUENTE	FA		X		X					X									X
414	TENOICAM	COMPRIMIDO 20MG	COM		X		X					X						X	X	X	
415	TENOICAM	PÓ LIÓFILO PARA INJEÇÃO IV 2MG + DILUENTE	FA		X		X					X						X	X	X	
416	TETRACAÍNA FENILEFRINA	COLÍRIO 1% + 0,1% FRASCO 10ML	FR		X		X			X					X				X	X	
417	TIGECICLINA	PÓ LIÓFILO PARA INJEÇÃO 50MG	FA		X							X									
418	TIMOLOL	COLÍRIO 0,5% FRASCO 5ML	FR							X	X										
419	TIOPENTAL, SÓDICO	PÓ PARA INJEÇÃO IV 1G	FA									X									X
420	TIORIDAZINA	COMPRIMIDO 100MG	COM		X						X										
421	TIORIDAZINA	COMPRIMIDO 200MG	COM		X						X										
422	TIORIDAZINA	COMPRIMIDO 50MG	COM		X						X										
423	TOBRAMICINA	COLÍRIO 0,3% FRASCO 5ML	FR		X		X			X											X
424	TOPIRAMATO	COMPRIMIDO 100MG	COM		X																
425	TOPIRAMATO	COMPRIMIDO 50MG	COM		X																
426	TOPIRAMATO	COMPRIMIDO 25MG	COM		X																
427	TRAMADOL	CÁPSULA 50MG	CAP		X							X									
428	TRAMADOL	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 50MG/ML AMPOLA 1ML	AMP		X		X					X							X	X	
429	TROPICAMIDA	COLÍRIO 1% FRASCO 5ML	FR							X					X						
430	VALPROATO DE SÓDIO OU ÁCIDO VALPRÓICO	COMPRIMIDO 576MG (EQUIVALENTE A 500MG ÁCIDO VALPRÓICO)	COM		X						X										
431	VALPROATO DE SÓDIO OU ÁCIDO VALPRÓICO	XAROPE OU SOLUÇÃO ORAL 57,624MG/ML (EQUIVALENTE A 50MG/ML DE ÁCIDO VALPRÓICO) FRASCO 100ML	FR		X						X	X									
432	VANCOMICINA	PÓ PARA INJEÇÃO IV 500MG	FA		X		X					X									X
433	VARFARINA SÓDICA	COMPRIMIDO 5MG	COM		X		X				X	X									X
434	VERAPAMIL, CLORIDRATO DE	COMPRIMIDO 80MG	COM								X	X									
435	VERAPAMIL, CLORIDRATO DE	SOLUÇÃO INJETÁVEL 2,5MG/ML AMPOLA 2ML	AMP		X							X									
436	VILDAGLIPTINA	COMPRIMIDO 50MG	COM								X										
437	VITAMINA A (ACETATO DE RETINOL) + VITAMINA D (COLECALCIFEROL)	SOLUÇÃO ORAL 50.000UI/ML + 10.000UI/ML FRASCO GOTIJADOR 10ML	FR	X																	
438	VITAMINA (TIAMINA)	COMPRIMIDO 300MG	COM		X		X														X
439	VITAMINA C (ÁCIDO ASCÓRBICO)	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 100MG/ML AMPOLA 5ML	AMP		X		X					X							X	X	

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDE MIO	IDOS O	FM	STA MAR	HSJB	ODONTO	PC	PM	RT	SAD	ESC	UPA	VA
440	VITAMINA COMPLEXO B	DO DRÁGEEA (B1,B2,B3,B5,B6)	DR		X																
441	VITAMINA COMPLEXO B	DO SOLUÇÃO INJETÁVEL (B1,B2,B3,B5,B6) IM/IV AMPOLA 2ML	AMP		X		X					X							X	X	
442	VITAMINA (FITOMENADIONA)	K SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/SC 10MG/ML AMPOLA 1ML	AMP		X		X					X							X	X	
443	VITAMINAS (TIAMINA) + (PIRIDOXINA) + (CIANOCOBALAMINA)	B1 B6 B12 SOLUÇÃO INJETÁVEL 100MG + 100MG (AMPOLA I) + 5.000MCG (AMPOLA II)	CONJ		X		X					X							X	X	
444	ZUCLOPENTIXOL, DECANOATO	200 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 1 ML	AMP		X	X															

Nº	INSUMO FARMACÊUTICO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDE MIO	IDOS O	FM	STA MAR	HSJB	ODONTO	PC	PM	RT	SAD	ESC	UPA	VA
1	LANCETAS PARA PUNÇÃO DIGITAL		UNID								X										
2	PRESERVATIVO MASCULINO		UNID	X				X								X					
3	SERINGAS COM AGULHA ACOPLADA PARA APLICAÇÃO DE INSULINA	INFANTIL	UNID								X										
4	SERINGAS COM AGULHA ACOPLADA PARA APLICAÇÃO DE INSULINA	ADULTO	UNID								X										
5	TIRAS REAGENTES PARA MEDIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR		UNID								X										

**ANEXO 1 – MEDICAMENTOS ESSENCIAIS FORNECIDOS EM NÍVEL
AMBULATORIAL, POR INDICAÇÃO TERAPÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DE VOLTA REDONDA**

Medicamento		Local de fornecimento	Observações
1 - Anti-Hipertensivos			
1.1 - Agentes que atuam no Sistema Renina-Angiotensina			
Captopril	Comprimido 25 mg	UBS/UBSF	
Enalapril, maleato	Comprimido 5 mg	UBS/UBSF	
	Comprimido 10 mg	UBS/UBSF	
	Comprimido 20 mg	UBS/UBSF	
Losartana potássica	Comprimido 50 mg	UBS/UBSF	
1.2 - Vasodilatadores			
Hidralazina, cloridrato	Comprimido 25 mg	Policlínica da Mulher	Pacientes acompanhados pela unidade
Propatilnitrato	Comprimido 10 mg	Farmácia	
1.3 - Simpaticomiméticos de ação central			
Metildopa	Comprimido 250 mg	UBS/UBSF	
	Comprimido 500 mg	Policlínica da Mulher	Pacientes acompanhados pela unidade

1.4 - Beta-bloqueadores			
Atenolol	Comprimido 25 mg	UBS/UBSF	
	Comprimido 50 mg	UBS/UBSF	
Carvedilol	Comprimido 3,125 mg	Farmácia	
	Comprimido 6,25 mg	Farmácia	
	Comprimido 12,5 mg	Farmácia	
Metoprolol, Succinato	Comprimido 50 mg	Farmácia	
	Comprimido 100 mg	Farmácia	
Propranolol, cloridrato	Comprimido 40 mg	UBS/UBSF	
1.5 - Bloqueadores de Canais de Cálcio			
Anlodipino, besilato	Comprimido 5 mg	UBS/UBSF	
	Comprimido 10 mg	UBS/UBSF	
Diltiazem	Comprimido 60mg	Farmácia	
Nifedipino	Comprimido 10 mg	UBS/UBSF	
	Comprimido 20mg liberação controlada	UBS/UBSF	
Verapamil, cloridrato	Comprimido 80 mg	Farmácia	
1.6 - Diuréticos			
Espironolactona	Comprimido 25 mg	Farmácia	
	Comprimido 100 mg	Farmácia	

Furosemida	Comprimido 40 mg	UBS/UBSF	
Hidroclorotiazida	Comprimido 25 mg	UBS/UBSF	
2 – Inibidores Seletivos da Fosfodiesterase III			
Cilostazol	Comprimido 50 mg	Farmácia	
	Comprimido 100 mg	Farmácia	
3 - Glicosídeo Cardíaco			
Digoxina	Comprimido 0,25 mg	UBS/UBSF	
4 - Antianginosos			
Isossorbida, dinitrato	Comprimido sublingual 5 mg	Farmácia	
Isossorbida, mononitrato	Comprimido 10 mg	Farmácia	
	Comprimido 20 mg	Farmácia	
	Comprimido 40 mg	Farmácia	
5 - Antiarrítmico			
Amiodarona, cloridrato	Comprimido 200 mg	Farmácia	
6- Tratamento da Hiperplasia de Próstata			
Finasterida	Comprimido 5 mg	Farmácia	

Doxazosina	Comprimido 2 mg	Farmácia	
7 - Preparações anti-anêmicas			
Ácido fólico	Comprimido 5 mg	UBS/UBSF/ Policlínica da Mulher	
Ferroso, sulfato	Comprimido 40 mg fe ⁺⁺	UBS/UBSF/ Policlínica da Mulher	
	Solução oral 25 mg/ml fe ⁺⁺	UBS/UBSF	
8 - Antibacterianos			
8.1 - Aminoglicosídeo + Antibiótico polipeptídico			
Neomicina + bacitracina	Pomada 5g/g + 250ui bisnaga 10g ou 15g	UBS/UBSF	
8.2 - Macrolídeos			
Azitromicina	Pó para suspensão oral 40 mg/mL	Farmácia	
	Comprimido 500 mg	UBS/UBSF/ Farmácia	
Claritromicina	Cápsula ou comprimido 500 mg	CDI	
Eritromicina, estolato	Suspensão oral 25mg/ml 60ml	Farmácia	
Espiramicina	Comprimido 1,5 M.U.I.	Policlínica da Mulher	Pacientes acompanhados pela unidade
8.3 – Tetraciclina			
Doxiciclina	Comprimido revestido 100mg	CDI/ Farmácia	

8.4 - Quinolonas			
Ciprofloxacino, cloridrato	Comprimido 500 mg	Farmácia	
Levofloxacino	Comprimido 500 mg	CDI	Casos específicos – Infectologista
8.5 - Sulfonamidas e Trimetoprima			
Sulfadiazina	Comprimido 500 mg	CDI	
Sulfametoxazol + trimetoprima	Comprimido 400 mg + 80 mg	UBS/UBSF	
	Suspensão oral 40 mg + 8 mg/mL	UBS/UBSF	
8.6 – Lincosamida			
Clindamicina, cloridrato	Cápsula 300 mg	CDI/ Farmácia	Casos específicos – Infectologista
8.7 - Beta-lactâmicos e Penicilinas			
Ampicilina Sódica	Cápsula 500mg	Farmácia	
Amoxicilina	Cápsula ou comprimido 500 mg	UBS/UBSF/ Farmácia	
	Pó para suspensão oral 50 mg/mL	UBS/UBSF/ Farmácia	
Amoxicilina + clavulanato de potássio	Comprimido 500 mg + 125 mg	Farmácia	
	Suspensão oral 50 mg + 12,5 mg/mL	UBS/UBSF/ Farmácia	
Benzilpenicilina benzatina	Pó para suspensão injetável 1.200.000 UI	UBS/UBSF/ Farmácia	
	Pó para suspensão injetável 600.000 UI	UBS/UBSF/ Farmácia	

Benzilpenicilina procaína + Benzilpenicilina potássica	Suspensão injetável 300.000 ui + 100.000 UI	UBS/UBSF/ Farmácia	
8.8 - Cefalosporinas de 1ª geração			
Cefalexina (sódica ou cloridrato)	Cápsula 500 mg	UBS/UBSF/ Farmácia/ Policlínica da Mulher	
Cefalexina (sódica ou cloridrato)	Suspensão oral 50 mg/mL	UBS/UBSF/ Farmácia/ Policlínica da Mulher	
8.9 - Outros antibacterianos			
Nitrofurantoína	Cápsula 100mg	Policlínica da Mulher / Farmácia	
Rifampicina	Cápsula 300mg	CDI	Casos específicos – Infectologista
9 - Antifúngicos			
Fluconazol	Cápsula 150 mg	CDI	
Itraconazol	Cápsula 100 mg	CDI	
Miconazol, nitrato	Creme vaginal 2%	UBS/UBSF	
Nistatina	Suspensão oral 100.000 UI/mL	UBS/UBSF	
	Creme vaginal 25.000UI/5g bisnaga + aplicador	UBS/UBSF	
10 - Anti- protozoário			
Pirimetamina	Comprimido 25 mg	CDI	

10.1 - Derivados Imidazólicos			
Metronidazol	Comprimido 250 mg	UBS/UBSF	
	Gel vaginal 10% (100mg/g)	UBS/UBSF	
Metronidazol (benzoilmetronidazol)	Suspensão oral 40 mg/mL	UBS/UBSF/ Farmácia	
11 – Anti-parasitários tópicos			
Benzoato de benzila	Emulsão tópica 25% frasco 60mL	UBS/UBSF	
Permetrina	Loção 1% frasco 60 mL	UBS/UBSF	
12 - Anti-helmínticos			
Albendazol	Comprimido mastigável 400 mg	UBS/UBSF	
	Suspensão oral 40 mg/mL	UBS/UBSF	
Ivermectina	Comprimido 6 mg	UBS/UBSF	
Mebendazol	Comprimido 100mg	UBS/UBSF	
	Suspensão oral 20mg/mL frasco 30mL	UBS/UBSF	
13 - Antivirais			
Aciclovir	Comprimido 200 mg	CDI/ Farmácia	
	Comprimido 400 mg	CDI/ Farmácia	
Oseltamivir	Comprimido 75 mg	UPA	Protocolo de tratamento da <i>Influenza</i> /Componente Estratégico
	Comprimido 45 mg	UPA	
	Comprimido 30 mg	UPA	

14 - Antidepressivos			
Amitriptilina, cloridrato	Comprimido 25 mg	Farmácia	
Bupropiona, cloridrato	Comprimido 150mg	Farmácia	
Clomipramina, cloridrato	Comprimido 25 mg	Farmácia	
Fluoxetina, cloridrato	Cápsula ou comprimido 20 mg	Farmácia	
Imipramina	Comprimido 10mg	Farmácia	
	Comprimido 25mg	Farmácia	
Imipramina, pamoato	Comprimido 75mg	Farmácia	
Sertralina	Comprimido 50mg	Cais Aterrado	Exclusivo para o tratamento da dependência química e programas excepcionais da Saúde Mental
15 - Antiepiléticos			
		Outros medicamentos disponíveis na Linha de cuidado da EPILEPSIA no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (anexo 3).	
Carbamazepina	Comprimido 200 mg	Farmácia	
	Suspensão oral 20 mg/mL	Farmácia	
Fenitoína sódica	Comprimido 100 mg	Farmácia	
Fenobarbital	Comprimido 100 mg	Farmácia	
	Solução oral 40 mg/mL	Farmácia	
Topiramato	Comprimido 100mg	Cais Aterrado	Exclusivo para o tratamento da dependência química e programas excepcionais da Saúde Mental
	Comprimido 50mg		
	Comprimido 25mg		

Valproato de sódio ou ácido valpróico	Comprimido 576 mg (equivalente a 500 mg ácido valpróico)	Farmácia	
	Solução oral ou Xarope 57,624 mg/ml (equivalente a 50 mg/mL ácido valpróico)	Farmácia	
16 - Antiparkinsonianos		Outros medicamentos disponíveis na Linha de cuidado do PARKINSON no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (anexo 3).	
Biperideno, cloridrato	Comprimido 2 mg	Farmácia	
Levodopa + benzerazida	Comprimido liberação controlada 100mg+ 25mg	Farmácia	
	Comprimido dispersível 100mg+ 25mg	Farmácia	
	Comprimido 200 mg + 50 mg	Farmácia	
Levodopa + carbidopa	Comprimido 250 mg + 25 mg	Farmácia	
17 - Antipsicóticos		Outros medicamentos disponíveis na Linha de cuidado da ESQUIZOFRENIA no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (anexo 3).	
Carbonato de lítio	Comprimido 300 mg	Farmácia	
Clorpromazina, cloridrato	Comprimido 25 mg	Farmácia	
	Comprimido 100 mg	Farmácia	
	Solução oral gotas 4% frasco 20mL	Farmácia	
Haloperidol	Comprimido 1 mg	Farmácia	
	Comprimido 5 mg	Farmácia	
	Solução oral 2 mg/mL	Farmácia	
Haloperidol, decanoato	Solução injetável 50 mg/mL	CAPS	
Levomepromazina	Comprimido 100mg	Farmácia	
	Comprimido 25mg	Farmácia	
	Solução oral gotas 4% frasco 20mL	Farmácia	

Periciazina	Solução oral gotas 1% frasco 20mL	Farmácia	
	Solução oral gotas 4% frasco 20mL	Farmácia	
Risperidona	Comprimido 1mg	Cais Aterrado	Exclusivo para o tratamento da dependência química e programas excepcionais da Saúde Mental
	Comprimido 2mg	Cais Aterrado	
	Comprimido 3mg	Cais Aterrado	
Sulpirida	Comprimido 200mg	Farmácia	
Tioridazida	Comprimido 100mg	Farmácia	
	Comprimido 200mg	Farmácia	
	Comprimido 50mg	Farmácia	
Zuclopentixol, decanoato	Solução injetável 200 mg/ml ampola 1 mL	CAPS	
18 - Ansiolíticos			
Clonazepam	Solução oral 2,5 mg/mL	Farmácia	
	Comprimido 2mg	Farmácia	
Diazepam	Comprimido 5 mg	Farmácia	
	Comprimido 10mg	Farmácia	
Nitrazepam	Comprimido 5mg	Farmácia	
19 - Antigotoso			
Alopurinol	Comprimido 100 mg	UBS/UBSF	
	Comprimido 300 mg	Farmácia	

20 - Antialérgicos			
Dexclorfeniramina, maleato	Solução oral 0,4 mg/mL ou xarope 0,4 mg/mL	UBS/UBSF	
Loratadina	Comprimido 10 mg	Farmácia	
Hidroxizina	Solução Oral 2mg/mL Frasco 120mL	Farmácia	
Prometazina, cloridrato	Comprimido 25mg	Farmácia	
21 - Anti-inflamatórios			
21.1 - Não Esteroidais			
Ibuprofeno	Solução oral 50 mg/mL	Farmácia	
	Comprimido 300 mg	UBS/UBSF/ Farmácia	
21.2 - Esteroidais - Corticosteróides			
Clobetasol, propionato	Creme 0,5mg/G Bisnaga 30g	Policlínica da Mulher	Pacientes acompanhados pela unidade
Dexametasona	Comprimido 4 mg	SAD	Pacientes acompanhados pela unidade
	Creme 0,1%	UBS/UBSF	
Prednisolona, fostato sódico	Solução oral 4,02 mg/mL (equivalente a 3 mg/mL de prednisolona base)	UBS/UBSF	
Prednisona	Comprimido 5 mg	UBS/UBSF / Farmácia	
Prednisona	Comprimido 20 mg	UBS/UBSF / Farmácia	

22 - Analgésicos e Antipiréticos			
Dipirona sódica	Solução oral 500 mg/mL	UBS/UBSF	
	Comprimido 500 mg	UBS/UBSF	
Paracetamol	Comprimido 500 mg	UBS/UBSF/ Farmácia	
	Solução oral 200 mg/mL	UBS/UBSF/ Farmácia	
23 – Antitrombóticos			
Ácido acetilsalicílico	Comprimido 100 mg	UBS/UBSF	
Varfarina sódica	Comprimido 5 mg	Farmácia	
24 - Anti-hemorragico, antifibrinolítico			
Ácido Tranexâmico	Comprimido 250mg	Policlínica da Mulher	Pacientes acompanhados pela unidade
25 - Heparina de Baixo Peso Molecular			
Enoxaparina sódica	Solução injetável 40mg SC seringa 0,4mL com dispositivo de segurança	Policlínica da Mulher	Pacientes acompanhados pela unidade
26 – Hipoglicemiantes			
Glibenclamida	Comprimido 5 mg	UBS/UBSF	
Glicazida	Comprimido de liberação controlada 30mg	Farmácia	
	Comprimido de liberação controlada 60mg	Farmácia	

Glimepirida	Comprimido 2 mg	Farmácia	
	Comprimido 4 mg	Farmácia	
Insulina Humana NPH	100 UI/mL - suspensão injetável	Farmácia	
Insulina Humana Regular	100 UI/mL - solução injetável		
Metformina, cloridrato	Comprimido 850 mg	UBS/UBSF	
Vildagliptina	Comprimido 50 mg	Farmácia	
27 - Agente desintoxicante			
Folinato de cálcio (ácido folínico)	15mg comprimido	CDI	
28 - Antiespasmódicos urinários			
Oxibutinina, cloridrato	Comprimido 5mg	Farmácia	
	Xarope 1mg/mL, frasco 120mL	Farmácia	
29 - Medicamentos para distúrbios gastrointestinais			
29.1 - Propulsivos			
Metoclopramida, cloridrato	Comprimido 10 mg	UBS/UBSF	
	Solução oral 4 mg/mL	UBS/UBSF	
29.2 – Antiespasmódicos do trato gastrointestinal			
Escopolamina (Hioscina)	Comprimido 10 mg	UBS/UBSF	

29.2 - Inibidor da bomba de prótons			
Omeprazol	Cápsula 20 mg	Farmácia	
29.3 - Antagonistas do Receptor H₂			
Ranitidina, cloridrato	Comprimido 150 mg	UBS/UBSF	
	Xarope 15mg/mL	Farmácia	
30 - Medicamento para tratamento de doenças ósseas			
Alendronato de sódio	Comprimido 70 mg	Farmácia	Outros medicamentos disponíveis na Linha de cuidado da Osteoporose no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (anexo 3).
31 - Medicamentos para doenças respiratórias			
Ambroxol, cloridrato	Xarope 3mg/mL frasco 100mL	Farmácia	Outros medicamentos disponíveis na Linha de cuidado da ASMA e DPOC no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (anexo 3).
Ambroxol, cloridrato	Xarope 6mg/mL frasco 100mL	Farmácia	
Aminofilina	Comprimido 100mg	UBS/UBSF	
Beclometasona, dipropionato	Spray nasal 250 mcg/ dose	Farmácia	
Budesonida	32mcg - spray nasal	Farmácia	
	50mcg - aerossol bucal		
Fenoterol, bromidrato	Solução para nebulização 5mg/mL frasco 20mL	UBS/UBSF	
Ipratrópio, brometo	Solução para inalação 0,25 mg/mL frasco 20mL	UBS/UBSF	
Salbutamol, sulfato	Aerossol 120,5 mcg/dose (equivalente a 100 mcg/dose de salbutamol)	Farmácia	
	Xarope 0,4mg/mL frasco	UBS/UBSF	

32 – Fitoterápicos			
Guaco (Mikania Glomerata Spreng.)	Xarope 81,5 mg/mL	UBS/UBSF	
Garra do Diabo (Harpagophytum procumbens)	Comprimidos revestidos gastrorresistentes 400 mg	Farmácia	
Isoflavona-de-soja (Glycinemax (L.) Merr.)	Comprimido 75 mg	UBS/UBSF e Farmácia	
33 – Hipolipemiante			
		Outros medicamentos disponíveis na Linha de cuidado da HIPERCOLESTEROLEMIA no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (anexo 3).	
Sinvastatina	Comprimido 20 mg	UBS/UBSF	
34 – Fibrato			
		Outros medicamentos disponíveis na Linha de cuidado da HIPERCOLESTEROLEMIA no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (anexo 3).	
Fenofibrato	Comprimido 250mg	CDI	Casos específicos - HIV/AIDS
35 - Suplementos minerais			
Carbonato de cálcio	Comprimido 1250 mg (equivalente a 500mg ca++)	Farmácia	
Carbonato de cálcio + Colecalciferol	Comprimido 500mg + 400UI	Farmácia	
36- Suplementos vitamínicos			
Vitamina A (Acetato De Retinol) + Vitamina D (Colecalciferol)	Solução Oral 50.000UI/mL + 10.000UI/mL Frasco Gotejador 10mL	UBS/UBSF	
Vitamina B1 (Tiamina)	Comprimido 300mg	Farmácia	
Vitamina do Complexo B	Drágea (B1,B2,B3,B5,B6)	Cais Aterrado	Exclusivo para o tratamento da dependência química e programas excepcionais da Saúde Mental

37- Antiglaucomatosos			
Timolol, maleato	Colírio 0,5%	Farmácia	
38 - Vasoprotetor			
Diosmina + Hesperidina	Comprimido 450mg + 50mg	Farmácia	
39 - Formulação para reidratação oral			
Sais para reidratação oral	Pó para solução oral	UBS/UBSF	
40 - Solução Salina			
Cloreto de sódio + Benzalconio	Solução nasal 0,9% + 0,01% frasco 30mL	UBS/UBSF	
41 - Medicamentos para desordens da Tireóide			
Levotiroxina sódica	Comprimido 25 mcg	Farmácia	
	Comprimido 50 mcg	Farmácia	
	Comprimido 100 mcg	Farmácia	
Propiltiouracila	Comprimido 100 mg	Farmácia	
42 - Tratamento do Alzheimer		Outros medicamentos disponíveis na Linha de cuidado da ALZHEIMER no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica anexo 3).	
Memantina, cloridrato	Comprimido 10mg	Farmácia	

43- Componente Estratégico /Tabagismo			
Bupropiona, cloridrato	Comprimido 150mg	Farmácia	Pacientes inseridos no programa
Nicotina	Adesivo transdérmico 7mg		
	Adesivo transdérmico 14mg		
	Adesivo transdérmico 21mg		
	Goma de mascar 2mg		
44- Tratamento do vitiligo			
Filtro solar (bloqueador solar)	Loção cremosa FPS 30 frasco 120mL	Farmácia	Pacientes inseridos no programa
Metoxisaleno	Cápsula 10mg	Farmácia	
	Creme 0,1% bisnaga 50g	Farmácia	
	Creme 0,2% bisnaga 50g	Farmácia	
45- Tratamento de Agravos Vetoriais			
Artesunato + Mefloquina	25 mg + 55 mg cartela c/3 (6 m-11m)	Farmácia	Liberação após visto da Epidemiologia
Artesunato + Mefloquina	25 mg + 55 mg cartela c/6 (1a-5a)	Farmácia	Liberação após visto da Epidemiologia
Cloroquina	Comprimido 150mg	Farmácia	Liberação após visto da Epidemiologia
Artemeter + Lumefantrina	20 mg + 120 mg cartela c/18	Farmácia	Liberação após visto da Epidemiologia
Artemeter + Lumefantrina	20 mg + 120 mg cartela c/24	Farmácia	Liberação após visto da Epidemiologia
Praziquantel	Comprimido 600 mg	SMS	Solicitação via Epidemiologia
Primaquina	Comprimido 15 mg	Farmácia	Liberação após visto da Epidemiologia

Quinina, sulfato	Comprimido 500 mg	Farmácia	Liberação após visto da Epidemiologia
46 - Contraceptivos hormonais			
Estradiol, valerato + Noretisterona, enantato (Mesigyna)	Solução injetável 5mg + 50mg seringa 1mL para liberação controlada	UBS/UBSF/ Policlínica da Policlínica da Mulher	Planejamento familiar
Etinilestradiol + levonorgestrel	Comprimido 0,03 mg + 0,15 mg - cartela com 21 comprimidos	UBS/UBSF/	Planejamento familiar
Etilnilestradiol + Levonorgestrel + Etinilestradiol (Triquilar)	Drágeas 30mcg + 150mcg + 40 mcg	UBS/UBSF/ Policlínica da Mulher	Planejamento familiar
Levonorgestrel	Comprimido 0,75 mg - cartela com 02 comprimidos	UBS/UBSF/ Policlínica da Mulher	Planejamento familiar
Medroxiprogesterona, acetato	Solução injetável 150 mg/mL – ampola	UBS/UBSF/	Planejamento familiar
Noretisterona	Comprimido 0,35 mg - cartela com 35 comprimidos	UBS/UBSF/ Policlínica da Mulher	Planejamento familiar
Noretisterona, enantato + estradiol, valerato (Noregyna)	Solução injetável (50 mg + 5 mg) - ampola	UBS/UBSF/ Policlínica da Mulher	Planejamento familiar
47 - Terapia Hormonal			
Estriol	Creme vaginal 1mg/g bisnaga 50g+ aplicador	Policlínica da Mulher	Pacientes acompanhados pela unidade
Estrogênios conjugados	Creme vaginal 0,625mg/g bisnaga 25g		
	Drágea 0,625mg		
48 - Indutor de ovulação			
Clomifeno	Comprimido 50mg	Policlínica da Mulher	Pacientes acompanhados pela unidade

49 – Ácidos biliares secundários			
Ácido ursodesoxicólico	Comprimido 150mg	Farmácia	
	Comprimido 300mg	Farmácia	
50- Insumos de diabetes para insulino dependentes			
Lancetas para punção digital		Farmácia	Programa de insumos para insulino dependente
Seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina		Farmácia	Fornecido nas dispensações de insulina
Tiras reagentes para medição de glicemia capilar		Farmácia	Programa de insumos para insulino dependente

ANEXO 2 – RELAÇÃO ESTADUAL DE MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA FORNECIDOS PELO CDI/SMS/PMVR

Programa SES-RJ	Denominação Comum Brasileira	Apresentação Farmacêutica
Componente Estratégico / AIDS	Abacavir	300 mg, comprimido
Componente Estratégico / AIDS	Abacavir	20 mg/ mL solução oral, frasco
Componente Estratégico / AIDS	Atazanavir	200 mg, cápsula
Componente Estratégico / AIDS	Atazanavir	300 mg, cápsula
Componente Estratégico / AIDS	Darunavir	300 mg, comprimido
Componente Estratégico / AIDS	Didanosina entérica	250 mg, cápsula
Componente Estratégico / AIDS	Didanosina entérica	400 mg, cápsula
Componente Estratégico / AIDS	Didanosina	4 g pó para solução oral, frasco
Componente Estratégico / AIDS	Efavirenz	200 mg, cápsula
Componente Estratégico / AIDS	Efavirenz	600 mg, comprimido
Componente Estratégico / AIDS	Efavirenz	30 mg/ mL solução oral, frasco
Componente Estratégico / AIDS	Enfuvirtida	90 mg/ mL (Kit) pó lífilo + Diluente x 2 mL + Seringa 3 mL + Seringa 1 mL + Sachê de algodão, frasco-ampola
Componente Estratégico / AIDS	Estavudina	30 mg, cápsula
Componente Estratégico / AIDS	Estavudina	1 mg/ mL pó para solução oral, frasco
Componente Estratégico / AIDS	Etravirina	100 mg, comprimido
Componente Estratégico / AIDS	Fosamprenavir	700 mg, comprimido
Componente Estratégico / AIDS	Indinavir	400 mg, cápsula

Componente Estratégico / AIDS	Lamivudina	150 mg, comprimido
Componente Estratégico / AIDS	Lamivudina	10 mg/ mL solução oral, frasco
Componente Estratégico / AIDS	Lopinavir + Ritonavir	100 mg + 25 mg, comprimido
Componente Estratégico / AIDS	Lopinavir + Ritonavir	200 mg + 50 mg, comprimido
Componente Estratégico / AIDS	Lopinavir + Ritonavir	80 mg/ mL + 20 mg/ mL solução oral, frasco
Componente Estratégico / AIDS	Nevirapina	200 mg, comprimido
Componente Estratégico / AIDS	Nevirapina	10 mg/ mL pó para suspensão oral, frasco
Componente Estratégico / AIDS	Raltegravir	400 mg, comprimido
Componente Estratégico / AIDS	Ritonavir	100 mg, cápsula
Componente Estratégico / AIDS	Saquinavir	200 mg, cápsula
Componente Estratégico / AIDS	Tenofovir	300 mg, comprimido
Componente Estratégico / AIDS	Tenofovir + Lamivudina e Efavirenz	300 mg + 300 mg e 600 mg, comprimido
Componente Estratégico / AIDS	Tipranavir	250 mg, cápsula
Componente Estratégico / AIDS	Zidovudina	100 mg, cápsula
Componente Estratégico / AIDS	Zidovudina	10 mg/ mL solução oral, frasco
Componente Estratégico / AIDS	Zidovudina	200 mg/ 20 mL solução injetável, ampola
Componente Estratégico / AIDS	Zidovudina + Lamivudina	300 mg + 150 mg, comprimido
Componente Estratégico / Cólera	Hipoclorito de sódio	2,5% solução - 50 mL, frasco
Componente Estratégico / Doença de Chagas	Benznidazol	100 mg, comprimido
Componente Estratégico / Filariose	Diethylcarbamazina	50 mg, comprimido

Componente Estratégico / Hanseníase	BlísterMultibaucilar Adulto	3 cápsulas Clofazimina 100 mg + 27 cápsulas Clofazimina 50 mg + 28 comprimidos Dapsona 100 mg + 2 cápsulas Rifampicina 300mg
Componente Estratégico / Hanseníase	BlísterMultibaucilar Infantil	16 cápsulas Clofazimina 50 mg + 28 comprimidos Dapsona 50 mg + 1 cápsula Rifampicina 150 mg + 1 cápsula Rifampicina 300 mg
Componente Estratégico / Hanseníase	BlísterPaucibaucilar Adulto	28 comprimidos Dapsona 100 mg + 2 cápsulas Rifampicina 300 mg
Componente Estratégico / Hanseníase	BlísterPaucibaucilar Infantil	28 comprimidos Dapsona 50 mg + 1 cápsula Rifampicina 150 mg + 1 cápsula Rifampicina 300 mg
Componente Estratégico / Hanseníase	Clofazimina	50 mg, cápsula
Componente Estratégico / Hanseníase	Clofazimina	100 mg, cápsula
Componente Estratégico / Hanseníase	Dapsona	50 mg, comprimido
Componente Estratégico / Hanseníase	Dapsona	100 mg, comprimido
Componente Estratégico / Hanseníase	Ofloxacina	400 mg, comprimido
Componente Estratégico / Hanseníase	Pentoxifilina	400 mg, comprimido
Componente Estratégico / Hanseníase	Prednisona	5 mg, comprimido
Componente Estratégico / Hanseníase	Prednisona	20 mg, comprimido
Componente Estratégico / Lúpus, mieloma múltiplo e doença do enxerto x hospedeiro, Doença de Crohn / AIDS / Hanseníase	Talidomida	100 mg, comprimido
Componente Estratégico / Meningite	Rifampicina	300 mg, cápsula
Componente Estratégico / Meningite	Rifampicina	2% suspensão oral - 50 mL, frasco
Componente Estratégico / Peste	Sulfametoxazol + Trimetoprima	400 mg + 80 mg, comprimido

Componente Estratégico / Peste	Sulfametoxazol + Trimetoprima	40 mg + 8 mg/ mL suspensão oral, frasco
Componente Estratégico / Peste	Tetraciclina, Cloridrato	250 mg, comprimido
Componente Estratégico / Tracoma	Azitromicina	500 mg, comprimido
Componente Estratégico / Tracoma	Azitromicina	600 mg pó para suspensão oral, frasco
Componente Estratégico / Tuberculose	Estreptomicina, Sulfato	1 g solução injetável, frasco-ampola
Componente Estratégico / Tuberculose	Etambutol	400 mg, comprimido
Componente Estratégico / Tuberculose	Etionamida	250 mg, comprimido
Componente Estratégico / Tuberculose	Isoniazida	100 mg, comprimido
Componente Estratégico / Tuberculose	Isoniazida + Rifampicina	75 mg + 150 mg, cápsula
Componente Estratégico / Tuberculose	Isoniazida + Rifampicina	100 mg + 150 mg, cápsula
Componente Estratégico / Tuberculose	Isoniazida + Rifampicina	200 mg + 300 mg, cápsula
Componente Estratégico / Tuberculose	Pirazinamida	500 mg, comprimido
Componente Estratégico / Tuberculose	Pirazinamida	3% suspensão oral, frasco
Componente Estratégico / Tuberculose	Rifampicina	300 mg, cápsula
Componente Estratégico / Tuberculose	Rifampicina	2% suspensão oral - 50 mL, frasco
Componente Estratégico / Tuberculose	Rifampicina + Pirazinamida + Etambutol + Isoniazida	150 mg + 400 mg + 275 mg + 150 mg, comprimido
Componente Estratégico / Tuberculose (MDR*)	Amicacina, Sulfato	500 mg, solução injetável - 2 mL, ampola
Componente Estratégico / Tuberculose (MDR*)	Claritromicina	500 mg, comprimido
Componente Estratégico / Tuberculose (MDR*)	Etambutol	400 mg, comprimido
Componente Estratégico / Tuberculose (MDR*)	Moxifloxacino	400 mg, comprimido

Componente Estratégico / Tuberculose (MDR*)	Piridoxina, Cloridrato (Vitamina B6)	100 mg, comprimido
Componente Estratégico / Tuberculose (MDR*)	Ofloxacino	400 mg, comprimido
Componente Estratégico / Tuberculose (MDR*)	Terizidona	250 mg, cápsula
Componente Estratégico / Tuberculose (MDR*)	Tuberculina PPD	frasco-ampola

**ANEXO 3 – RELAÇÃO ESTADUAL DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE
ESPECIALIZADO FORNECIDOS PELO
POLO ESTADUAL DE MEDICAMENTOS DE VOLTA REDONDA**

Procedimento/Medicamento* (Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx	Qtde máx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
ABATACEPTE 250MG (POR FRASCO/AMPOLA)	18 anos	110 ano (s)	5	M050, M053, M058, M060, M068, M080	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ABATACEPTE 125MG/ML (POR SERINGA PREENCHIDA)	18 anos	110 ano(s)	5	M050, M053, M058, M060, M068, M080	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ACETAZOLAMIDA 250MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano(s)	124	H401, H402, H403, H404, H405, H406, H408, Q150	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ACITRETINA 10 MG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	217	L400, L401, L404, L408, L440, Q800, Q801, Q802, Q803, Q808, Q828	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, Termo de conhecimento de risco (Portaria 344/98)
ADALIMUMABE 40 MG INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M070, M073, M080, M45	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ADALIMUMABE 40 MG INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	18 ano (s)	110 ano (s)	2	K500, K501, K508	Laudo Médico Descritivo	Para dose de ataque são autorizados 7 frascos no 1º mês
ADEFOVIR 10 MG (POR COMPRIMIDO)	13 ano (s)	110 ano (s)	31	B181	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ALFADORNASE 2,5 MG (POR AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	62	E840, E848	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ALFAEPOETINA 10.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	22	B171, B182, N180, N188, Z948	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, Hemograma (30 dias de validade no ato do cadastro)
ALFAEPOETINA 4.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	56	N180, N188, Z948	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, Uréia, Creatinina, Hemograma (30 dias de validade no ato do cadastro)
ALFAINTERFERONA 2B 3.000.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	31	B171, B180, B181, B182, D180	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ALFAINTERFERONA 2B 5.000.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	31	B171, B180, B181, B182, D180	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ALFAINTERFERONA 2B 10.000.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	12	B180, B181, D180	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ALFAPEGINTERFERONA 2A 180MCG (POR SERINGA PREENCHIDA)	0 mês (es)	110 ano (s)	5	B180, B182	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, genotipagem HCV; hemograma completo com contagem de plaquetas (val: 6 meses); PCR quantitativo HCV (val: 1 ano); biópsia hepática.
ALFAPEGINTERFERONA 2B 100MCG (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	5	B180, B182	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ALFAPEGINTERFERONA 2B 120MCG (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	5	B180, B182	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo

Procedimento/Medicamento*(Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx	Qtde máx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
ALFAPEGINTERFERONA 2B 80MCG (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	5	B180, B182	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
AMANTADINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	124	G20	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
AMBRISENTANA 5MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)	18 anos	110 ano (s)	62	I270, I272, I278	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
AMBRISENTANA 10MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)	18 anos	110 ano (s)	31	I270, I272, I278	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ATORVASTATINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	248	E780, E781, E782, E783, E784, E785, E786, E788	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ATORVASTATINA 20 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	124	E780, E781, E782, E783, E784, E785, E786, E788	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
AZATIOPRINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	248	D610, G35, G700, H300, H301, H302, H308, K500, K501, K508, K510, K511, K512, K513, K514, K515, K518, K754, M321, M328, M330, M331, M332, M340, M341, M348, N040, N041, N042, N043, N044, N045, N046, N047, N048, T861, Z940, Z941, Z942, Z943, Z944, Z945, Z946, Z947, Z948	L100, L200, L208, M301, M313, M351, M352	Laudo Médico Descritivo
BECLOMETASONA 200 MCG PO INALANTE (POR FRASCO DE 100 DOSES)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	J450, J451, J458	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
BECLOMETASONA 400 MCG PO INALANTE (POR FRASCO DE 100 DOSES)	0 mês (es)	110 ano (s)	1	J450, J451, J458	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
BETAINTERFERONA 1A 12.000.000 UI (44 MCG) INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	0 mês (es)	110 ano (s)	14	G35	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (22 MCG) INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	0 mês (es)	110 ano (s)	14	G35	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (30 MCG) INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA)	0 mês (es)	110 ano (s)	5	G35	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
BETAINTERFERONA 1B 9.600.000 UI (300MCG) INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	16	G35	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
BEZAFIBRATO 200 MG (POR DRÁGEA OU COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	93	E780, E781, E782, E783, E784, E785, E786, E788	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
BIMATOPROSTA 0,3MG/ML (POR FRASCO)	0 mês (es)	110 ano (s)	1	H401, H402, H403, H404, H405, H406, H408, Q150	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
BRIMONIDINA 2MG/ML (POR FRASCO)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	H401, H402, H403, H404, H405, H406, H408, Q150	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo

Procedimento/Medicamento* (Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx)	Qtde máx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
BOSENTANA 62.5MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)	18 anos	110 ano (s)	124	I270, I272, I278	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
BOSENTANA 125MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)	18 anos	110 ano (s)	62	I270, I272, I278	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
BROMOCRIPTINA 2,5 MG (POR COMPRIMIDO OU CAPSULA DE LIBERAÇÃO RETARDADA)	0 mês (es)	110 ano (s)	868	E220, E221, G20	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
BRINZOLAMIDA 10MG/ML (POR FRASCO)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	H401, H402, H403, H404, H405, H406, H408, Q150	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
BUDESONIDA 200 MCG (POR CAPSULA INALANTE)	0 mês (es)	110 ano (s)	186	J450, J451, J458	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
CABERGOLINA 0,5 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	310	E220, E221	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
CALCIPOTRIOL 50MCG/G POMADA (POR BISNAGA DE 30G)	0 mês (es)	110 ano (s)	15	L40, L401, L404, L408	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
CALCITONINA 200 UI SPRAY NASAL (POR FRASCO)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	M800, M801, M802, M803, M804, M805, M808, M810, M811, M812, M813, M814, M815, M816, M818, M820, M821, M828, M880, M888	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
CALCITRIOL 0,25 MCG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	372	E200, E201, E208, E550, E559, E643, E833, E892, M805, M815, M830, M831, M832, M833, M838, N180, N188, N250, N258	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
CALCITRIOL 1,0 MGC INJETAVEL (POR AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	30	N180, N188, N250, N258	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, PTH, fósforo sérico, cálcio sérico, cálcio iônico
CERTOLIZUMABE PEGOL 200MG/ML (SERINGA PREENCHIDA)	18anos	110 ano (s)	3	M050, M053, M058, M060, M06.8	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
CICLOSPORINA 100 MG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	372	D600, D610, D611, D612, D613, D618, G700, H300, H301, H302, H308, K500, K501, K508, K510, K511, K512, K513, K514, K515, K518, L400, L401, L404, L408, M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M070, M073, M080, M321, M328, M330, M331, M332, N040, N041, N042, N043, N044, N045, N046, N047, N048, T861, Z940, Z941, Z942, Z943, Z944, Z945, Z946, Z947, Z948; D693, L200, L208	D693, L200, L208	Laudo Médico Descritivo

Procedimento/Medicamento* (Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx	Qtde máx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOLUCAO ORAL (POR FRASCO DE 50 ML)	0 mês (es)	110 ano (s)	8	D600, D610, D611, D612, D613, D618, G700, H300, H301, H302, H308, K500, K501, K508, K510, K511, K512, K513, K514, K515, K518, L400, L401, L404, L408, M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M070, M073, M080, M321, M328, M330, M331, M332, N040, N041, N042, N043, N044, N045, N046, N047, N048, T861, Z940, Z941, Z942, Z943, Z944, Z945, Z946, Z947, Z948; L200, L208	L200, L208	Laudo Médico Descritivo
CICLOSPORINA 25 MG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	496	D600, D610, D611, D612, D613, D618, G700, H300, H301, H302, H308, K500, K501, K508, K510, K511, K512, K513, K514, K515, K518, L400, L401, L404, L408, M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M070, M073, M080, M321, M328, M330, M331, M332, N040, N041, N042, N043, N044, N045, N046, N047, N048, T861, Z940, Z941, Z942, Z943, Z944, Z945, Z946, Z947, Z948	L200	Laudo Médico Descritivo
CICLOSPORINA 50 MG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	744	D600, D610, D611, D612, D613, D618, G700, H300, H301, H302, H308, K500, K501, K508, K510, K511, K512, K513, K514, K515, K518, L400, L401, L404, L408, M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M070, M073, M080, M321, M328, M330, M331, M332, N040, N041, N042, N043, N044, N045, N046, N047, N048, T861, Z940, Z941, Z942, Z943, Z944, Z945, Z946, Z947, Z948; L200, L208	L200, L208	Laudo Médico Descritivo
CINACALCETE 30MG (POR COMPRIMIDO)	18 anos	110 ano (s)	186	E833, N180, N250	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
CINACALCETE 60MG (POR COMPRIMIDO)	18 anos	110 ano (s)	93	E833, N180, N250	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
CIPROTERONA 50 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	21	E228, E250, E280, E282, L680	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
CITRATO DE TOFACITINIBE 5MG (POR COMPRIMIDO)	18 anos	110 ano (s)	62	M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo

Procedimento/Medicamento* (Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx)	Qtde máx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
CLOPIDOGREL 75 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	31	I200, I201	Laudo Médico Descritivo	Laudo do ECG; Laudo descritivo da anamnese dos sinais e sintomas pertinentes à doença incluindo descrição da dor típica, sintomas atípicos e fatores de risco.
				I210, I211, I212, I213, I214, I21.9, I220, I221, I228, I229, I230, I231, I232, I233, I234, I235, I236, I238		Laudo do ECG Enzimas Troponina ou CK-MB Laudo descritivo da anamnese dos sinais e sintomas pertinentes à doença conforme PCDT, incluindo descrição da dor típica, sintomas atípicos e fatores de risco: Laudo de alta
				I240, I248, I249		Laudo do ECG; Laudo descritivo da anamnese dos sinais e sintomas pertinentes à doença incluindo descrição da dor típica, sintomas atípicos e fatores de risco.
CLOZAPINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	248	F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
DANAZOL 100 MG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	248	D841, N800, N801, N802, N803, N804, N805, N808	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
DEFERASIROX 125 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	744	T454	Laudo Médico Descritivo	Ferritina
DEFERASIROX 250 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	372	T454	Laudo Médico Descritivo	
DEFERASIROX 500 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	186	T454	Laudo Médico Descritivo	
DEFERIPRONA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	465	T454	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
DEFERROXAMINA 500 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	310	N250, T454	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, concentração de alumínio (não estimulada)
DESMOPRESSINA 0,1 MG/ML APLICACAO NASAL (POR FRASCO DE 2,5 ML)	0 mês (es)	110 ano (s)	5	E232	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
DONEPEZILA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	40 ano (s)	110 ano (s)	31	G300, G301, G308	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, MEEM; escala CDR; TC ou RM; VDRL, TSH, Vit B12, Hemograma, Sódio, Potássio, Glicose, Uréia ,Creatinina, Cálcio, ALT/AST, acido fólico.
DONEPEZILA 5 MG (POR COMPRIMIDO)	40 ano (s)	110 ano (s)	62	G300, G301, G308	Laudo Médico Descritivo	

Procedimento/Medicamento*(Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx	Qtde máx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
DORZOLAMIDA 20MG/ML (POR FRASCO)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	H401, H402, H403, H404, H405, H406, H408, Q150	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ENTACAPONA 200 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	310	G20	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ENTECAVIR 0,5 MG (POR COMPRIMIDO)	13 ano (s)	110 ano (s)	62	B181	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ETANERCEPTE 25 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	9	M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M070, M073, M080, M45	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ETANERCEPTE 50 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	5	M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M070, M073, M080, M45	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
EVEROLIMO 0,75 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	124	T861, Z940	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
EVEROLIMO 0,5 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	186	T861, Z940	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
EVEROLIMO 1 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	93	T861, Z940	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
FILGRASTIM 300 MCG INJETAVEL (POR FRASCO)	0 mês (es)	110 ano (s)	64	B171, B182, B200, B201, B202, B203, B204, B205, B206, B207, B208, B209, B220, B221, B222, B227, B230, B231, B232, B238, B24, D460, D461, D467, D610, D611, D612, D613, D618, D70, Z948	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, Hemograma (30 dias de validade no ato do cadastro)
FINGOLIMODE 0,5MG (POR CAPSULA)	18 anos	110 ano (s)	31	G35	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
FLUDROCORTISONA 0,1 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	124	E250, E271, E274	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
FORMOTEROL 12 MCG (POR CAPSULA INALANTE)	0 mês (es)	110 ano (s)	62	J450, J451, J458	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
FORMOTEROL 12 MCG + BUDESONIDA 400 MCG (POR CAPSULA INALANTE)	0 mês (es)	110 ano (s)	62	J450, J451, J458	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
FORMOTEROL 6 MCG + BUDESONIDA 200 MCG PO INALANTE (POR FRASCO DE 60 DOSES)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	J450, J451, J458	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
FUMARATO DE DIMETILA 120MG (POR COMPRIMIDO)	18 anos	110 ano (s)	14	G35	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
FUMARATO DE DIMETILA 240MG (POR COMPRIMIDO)	18 anos	110 ano (s)	62	G35	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo

Procedimento/Medicamento*(Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx	Qtde máx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
GABAPENTINA 300 MG (POR CAPSULA)	3 ano (s)	110 ano (s)	372	G400, G401, G402, G403, G404, G405, G406, G407, G408	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
GABAPENTINA 400 MG (POR CAPSULA)	3 ano (s)	110 ano (s)	279	G400, G401, G402, G403, G404, G405, G406, G407, G408	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
GALANTAMINA 16 MG (POR CAPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)	40 ano (s)	110 ano (s)	31	G300, G301, G308	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, MEEM; escala CDR; TC ou RM; VDRL, TSH, Vit B12, Hemograma, Sódio, Potássio, Glicose, Uréia e Creatinina
GALANTAMINA 24 MG (POR CAPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)	40 ano (s)	110 ano (s)	31	G300, G301, G308	Laudo Médico Descritivo	
GALANTAMINA 8 MG (POR CAPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)	40 ano (s)	110 ano (s)	93	G300, G301, G308	Laudo Médico Descritivo	
GLATIRAMER 20 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA OU SERINGA)	0 mês (es)	110 ano (s)	31	G35	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
GOLIMUMABE 50MG (POR SERINGA PREENCHIDA)	18 anos	110 ano (s)	1	M050, M053, M058, M060, M068	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
GOSSERRELINA 3,60 MG INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	D250, D251, D252, E228, N800, N801, N802, N803, N804, N805, N808	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
GOSSERRELINA 10,8 MG INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	0 mês (es)	110 ano (s)	1*	D250, D251, D252, E228, N800, N801, N802, N803, N804, N805, N808	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, *1 seriga a cada 3 meses
HIDROXICLOROQUINA 400 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	93	M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M080, M330, M331	L930, L931, L985, M321, M328, M340, M350	Laudo Médico Descritivo
HIDROXIUREIA 500 MG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	217	D561, D568, D570, D571, D572	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, Eletroforese de hemoglobina de qualquer data e data do diagnóstico; Hemograma (Val 90 dias); Reticulócitos (Val 90 dias); Contagem de plaquetas (Val 90 dias); Hemoglobina fetal (Val 90 dias); TGP e TGO (Val 90 dias); Creatinina (Val 90 dias); Ácido úrico (Val 90 dias); HBsAg (Val anual ou semestral no caso de politransusão); Anti-HIV (Val: anual); Anti-HCV (Val: anual); Beta-HCG até 15 dias antes da autorização (em qualquer idade, pós-menarca, informar sobre a contracepção).

Procedimento/Medicamento*(Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx	Qtde máx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
IDURSULFASE ALFA 2MG/ML SOLUÇÃO INJETAVEL (POR FRASCO)	0 mês (es)	110 ano (s)	34	E761	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
IMIGLUCERASE 200UI (POR FRASCO/AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	48	E752	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 100 UI INJETAVEL (FRASCO)	0 mês (es)	110 ano (s)	8	B160, B162, B180, B181	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 600 UI INJETAVEL (POR FRASCO)	0 mês (es)	110 ano (s)	1	B160, B162, B180, B181	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
IMUNOGLOBULINA HUMANA 5,0 G INJETAVEL (POR FRASCO/AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	60	B200, B201, B202, B203, B204, B205, B206, B207, B208, B209, B220, B221, B222, B227, B230, B231, B232, B238, B24, D590, D591, D600, D693, D800, D801, D803, D805, D806, D807, D808, D810, D811, D812, D813, D814, D815, D816, D817, D818, D820, D821, D830, D832, D838, G610, G700, M330, M331, M332	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
INFLIXIMABE 10 MG/ML INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA COM 10 ML)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M080	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, Para dose de ataque são autorizados 2 doses de 3mg/Kg no 1º mês
INFLIXIMABE 10 MG/ML INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA COM 10 ML)	0 mês (es)	110 ano (s)	3	M070, M073, M45, K500, K501, K508	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, Para dose de ataque são autorizados 2 doses de 5mg/Kg no 1º mês
ISOTRETINOINA 10 MG (POR CAPSULA)	15 anos	110 ano (s)	620	L700, L701, L708	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, Termo de conhecimento de risco (Portaria 344/98)
INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RAPIDA 100UI /ML (POR TUBETE)	2 anos	110 ano (s)	5	E100, E101, E102, E103, E104, E105, E106, E107, E108, E109	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
LAMIVUDINA 10 MG/ML SOLUCAO ORAL (FRASCO DE 240 ML)	0 mês (es)	110 ano (s)	4	B160, B162, B180, B181	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
LAMIVUDINA 150 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	62	B160, B162, B180, B181	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
LAMOTRIGINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	2 anos	110 ano (s)	155	G400, G401, G402, G403, G404, G405, G406, G407, G408	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo

Procedimento/Medicamento* (Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx)	Qtde máx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
LANREOTIDA 90MG (POR SERINGA PREENCHIDA)	0 mês (es)	110 ano (s)	4	E220	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
LANREOTIDA 120MG (POR SERINGA PREENCHIDA)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	E220	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
LARONIDASE 0,58MG (POR FRASCO)	0 mês (es)	110 ano (s)	100	E760	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
LATANOPROSTA 0,05MG / ML (POR FRASCO)	0 mês (es)	110 ano (s)	1	H401, H402, H403, H404, H405, H406, H408, Q150	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
LEFLUNOMIDA 20 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	31	M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M070, M073, M080	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
LEUPORRELINA 3,75 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	D250, D251, D252, E228, N800, N801, N802, N803, N804, N805, N808	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
MESALAZINA 250 MG (POR SUPOSITORIO)	0 mês (es)	110 ano (s)	496	K500, K501, K508, K510, K511, K512, K513, K514, K515, K518	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
MESALAZINA 3 G + DILUENTE 100 ML (ENEMA) - POR DOSE	0 mês (es)	110 ano (s)	31	K500, K501, K508, K510, K511, K512, K513, K514, K515, K518	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
MESALAZINA 400 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	310	K500, K501, K508, K510, K511, K512, K513, K514, K515, K518	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
MESALAZINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	248	K500, K501, K508, K510, K511, K512, K513, K514, K515, K518	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
MESALAZINA 1000 MG (POR SUPOSITORIO)	0 mês (es)	110 ano (s)	124	K500, K501, K508, K510, K511, K512, K513, K514, K515, K518	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
METOTREXATO 2,5 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	50	L400, L401, L404, L408, M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M070, M073, M080, M330, M331, M332, M340, M341, M348, M45	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
METOTREXATO 25 MG/ML INJETAVEL (POR AMPOLA DE 2 ML)	0 mês (es)	110 ano (s)	5	K500, K501, K508, M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M070, M073, M080, M330, M331, M332	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo

Procedimento/Medicamento*(Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx)	Qtde máx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
MICOFENOLATO DE SODIO 180 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	248	T861, Z940, Z941, Z944	Z942, Z943, Z945, Z946, Z947, Z948	Laudo Médico Descritivo
MICOFENOLATO DE SODIO 360 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	124	T861, Z940, Z941, Z944	M320, M321, Z942, Z943, Z945, Z946, Z947, Z948	Laudo Médico Descritivo
MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	186	T861, Z940, Z941, Z944	G700, M032, M320, M321, M328, N031, Z942, Z943, Z945, Z946, Z947, Z948, N040, N041, N047, N081, N085	Laudo Médico Descritivo
MIGLUSTATE 100MG (POR CAPSULA)	18 anos	110 ano (s)	93	E752	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
NATALIZUMABE 300MG (POR FRASCO AMPOLA)	18 anos	110 ano (s)	1	G35	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, RM; hemograma.
OCTREOTIDA LAR 20 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	4	E220	Laudo Médico Descritivo	fornecido apenas por centros de referência
OCTREOTIDA LAR 30 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	E220	Laudo Médico Descritivo	fornecido apenas por centros de referência
OLANZAPINA 5 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	93	F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
OLANZAPINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	31	F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208	60 comp. (para pacientes antigos que já faziam uso da dose de 20mg/dia)	Laudo Médico Descritivo
PANCREATINA 10.000UI (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	3100	E841, E848, K860, K861, K903	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
PANCREATINA 25.000UI (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	1240	E841, E848, K860, K861, K903	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
PARACALCITOL 5MCG/ML (POR AMPOLA)	18 anos	110 ano (s)	40	E833, N180, N250	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
PENICILAMINA 250 MG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	186	E830, M340, M341, M348	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
PILOCARPINA 20MG/ML (POR FRASCO)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	H401, H402, H403, H404, H405, H406, H408, Q150	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
PRAMIPEXOL 0,125 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	1116	G20	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
PRAMIPEXOL 0,25 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	558	G20	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo

Procedimento/Medicamento*(Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx	Qtde máx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
PRAMIPEXOL 1 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	124	G20	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
PRAVASTATINA 20MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	62	E780, E781, E782, E783, E784, E785, E786, E788	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
QUETIAPINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	248	F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208, F250, F251, F252, F311, F312, F313, F314, F315, F316, F317	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
QUETIAPINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	992	F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208, F250, F251, F252, F311, F312, F313, F314, F315, F316, F317	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
QUETIAPINA 200 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	124	F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208, F250, F251, F252, F311, F312, F313, F314, F315, F316, F317	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
QUETIAPINA 300 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	62	F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208, F250, F251, F252, F311, F312, F313, F314, F315, F316, F317	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
RALOXIFENO 60 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	31	M800, M801, M802, M803, M804, M805, M808, M810, M811, M812, M813, M814, M815, M816, M818, M820, M821, M828	Laudo Médico Descritivo	Densitometria Óssea (DO)
RIBAVIRINA 250 MG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	155	B182	A quantidade pode ser maior, pois a dose é peso dependente.	Ver exames de INF peguilado
RILUZOL 50 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	62	G122	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
RISPERIDONA 1 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	186	F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208	até 300 comp.	Laudo Médico Descritivo
RISPERIDONA 2 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	93	F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208	até 150 comp.	Laudo Médico Descritivo

Procedimento/Medicamento*(Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx	Qtde máx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
RIVASTIGMINA 1,5 MG (POR CAPSULA)	40 ano (s)	110 ano (s)	248	G300, G301, G308	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, MEEM; escala CDR; TC ou RM; VDRL, TSH, Vit B12, Hemograma, Sódio, Potássio, Glicose, Uréia e Creatinina
RIVASTIGMINA 2,0 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (POR FRASCO DE 120 ML)	40 ano (s)	110 ano (s)	2	G300, G301, G308	Laudo Médico Descritivo	
RIVASTIGMINA 3 MG (POR CAPSULA)	40 ano (s)	110 ano (s)	124	G300, G301, G308	Laudo Médico Descritivo	
RIVASTIGMINA 4,5 MG (POR CAPSULA)	40 ano (s)	110 ano (s)	62	G300, G301, G308	Laudo Médico Descritivo	
RIVASTIGMINA 6 MG (POR CAPSULA)	40 ano (s)	110 ano (s)	62	G300, G301, G308	Laudo Médico Descritivo	
RITUXIMABE 500MG (POR FRASCO DE 50ML)	18 anos	110 ano (s)	2	M050.M053, M058, M060, M068	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO 100 MG INJETAVEL (POR FRASCO DE 5 ML)	0 mês (es)	110 ano (s)	10	D500, D508, N180, N188	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
SALBUTAMOL 100 MCG AEROSSOL (POR FRASCO DE 200 DOSES)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	J450, J451, J458	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
SALMETEROL 50 MG PO INALANTE OU AEROSSOL BUCAL (POR FRASCO DE 60 DOSES)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	J450, J451, J458	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
SELEGILINA 5 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	62	G20	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
SECUQUINUMABE 150MG/ML (POR SERINGA PREENCHIDA)	18 anos	110 ano (s)	10	M45, M468, M070, M072, M073,	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
SEVELAMER 800 MG (POR COMPRIMIDO)	18 ano (s)	110 ano (s)	279	E833, N180	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, 3 dosagens consecutivas de fósforo sendo a última com 30 dias de validade no ato do cadastro.
SILDENAFILA 20 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	93	I270, I272	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, cateterismo cardíaco direito, teste agudo de reatividade vascular, teste ergométrico cateterismo cardíaco direito,
SIROLIMO 1 MG (POR DRAGEA)	0 mês (es)	110 ano (s)	65	T861, Z940	Para os CIDs: Z941, Z942, Z943, Z944, Z945, Z946, Z947, Z948. A quantidade pode ir até 420	Laudo Médico Descritivo
SIROLIMO 1MG/ML SOLUCAO ORAL (POR FRASCO DE 60ML)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	T861, Z940	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
SIROLIMO 2 MG (POR DRAGEA)	0 mês (es)	110 ano (s)	32	T861, Z940	Para os CIDs: Z941, Z942, Z943, Z944, Z945, Z946, Z947, Z948. A quantidade pode ir até 210	Laudo Médico Descritivo

Procedimento/Medicamento*(Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx	Qtde máx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
SOMATROPINA 12 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	31	E230, Q960, Q961, Q962, Q963, Q964, Q968	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, Para E230 - Crianças: curva de crescimento com velocidade de crescimento; Raio x com laudo (idade óssea); GH basal; 2 testes de estímulo de GH; T4; TSH; Adultos: glicemia; DO; IGF1; RM; 1 teste de estímulo de GH; perfil lipídico Para demais CID: cariótipo
SOMATROPINA 4 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	93	E230, Q960, Q961, Q962, Q963, Q964, Q968	Laudo Médico Descritivo	
SULFASSALAZINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	372	K500, K501, K508, K510, K511, K512, K513, K514, K515, K518, K522, M023, M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M070, M073, M074, M075, M076, M080, M45, M460, M461, M468, M488	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
TACROLIMO 1 MG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	930	T861, Z940, Z944	Z941, Z942, Z943, Z945, Z946, Z947, Z948	Laudo Médico Descritivo
TACROLIMO 5 MG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	186	T861, Z940, Z944	Z941, Z942, Z943, Z945, Z946, Z947, Z948	Laudo Médico Descritivo
TALIGLUCERASE ALFA 200UI	0 mês (es)	110 ano (s)	48	E752	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
TERIFLUNOMIDA 14MG (POR COMPRIMIDO)	18 anos	110 ano (s)	31	G35	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
TENOFOVIR 300 MG (POR COMPRIMIDO)	13 ano (s)	110 ano (s)	31	B181	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
TIMOLOL 5MG/ML (POR FRASCO)	0 mês (es)	110 ano (s)	1	H401, H402, H403, H404, H405, H406, H408, Q150	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
TOCILIZUMABE 20MG/ML INJETAVEL (POR FRASCO AMPOLA DE 4ML)	18 anos	110 ano (s)	10	M05.0, M053, M058, M060, M068, M080	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
TOLCAPONA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	186	G20	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
TOPIRAMATO 100 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	124	G400, G401, G402, G403, G404, G405, G406, G407, G408	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
TOPIRAMATO 25 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	496	G400, G401, G402, G403, G404, G405, G406, G407, G408	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
TOPIRAMATO 50 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	248	G400, G401, G402, G403, G404, G405, G406, G407, G408	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
TOXINA BOTULINICA TIPO A 100 U INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	8	G041, G240, G241, G242, G243, G244, G245, G248, G518, G800, G801, G802, G811, G821, G824, I690, I691, I692, I693, I694, I698, T905, T908	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo

Procedimento/Medicamento* (Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx	Qtde máx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
TOXINA BOTULINICA TIPO A 500 U INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	5	G041, G240, G241, G242, G243, G244, G245, G248, G518, G800, G801, G802, G811, G821, G824, I690, I691, I692, I693, I694, I698, T905, T908	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
TRAVOPROSTA 0,04MG/ML (POR FRASCO)	0 mês (es)	110 ano (s)	1	H401, H402, H403, H404, H405, H406, H408, Q150	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
VIGABATRINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	186	G400, G401, G402, G403, G404, G405, G406, G407, G408	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ZIPRASIDONA 40 MG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	124	F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ZIPRASIDONA 80 MG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	62	F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo

LEGISLAÇÃO

Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960 - Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia, e dá outras Providências. Art. 24 - As empresas e estabelecimentos que exploram serviços para os quais são necessárias Atividades de profissional farmacêutico deverão provar, perante os Conselhos Federal e Regionais, que essas atividades são exercidas por profissionais habilitados e registrados.

Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973 - Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Art. 15 - A farmácia e a drogaria terão, obrigatoriamente, a assistência de técnico responsável, inscrito no Conselho Regional de Farmácia, na forma da lei. § 1 - A presença do técnico responsável será obrigatória durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento. § 2 - Os estabelecimentos de que trata este artigo poderão manter técnico responsável substituto, para os casos de impedimento ou ausência do titular.

Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 - Regulamenta o Art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.

Portaria nº 1.818, de 02 de dezembro de 1997 - Recomenda que nas compras e licitações públicas de produtos farmacêuticos realizadas nos níveis federal estadual e municipal pelos serviços governamentais, conveniadas e contratadas pelo SUS, sejam incluídas exigências sobre requisitos de qualidade a serem cumpridas pelos fabricantes e fornecedores desses produtos.

Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999 - Lei dos Medicamentos genéricos prescrição DCB: “As Prescrições médicas e odontológicas de medicamentos, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS, adotarão obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a denominação Comum Internacional (DCI).”

Portaria nº 1.179, de 17 de junho de 1996 - Aprova as Denominações Comuns Brasileiras DCB, na conformidade do anexo desta Portaria. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998 - Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

Lei nº 12.401/11 - Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Resolução nº 87, de 28 de junho de 2016 - Publica a atualização das listas de substâncias Sujeitas a controle especial (Anexo I) em acordo com o artigo 101 do regulamento Técnico aprovado pela Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, republicado no DOU de 29 de junho de 2016.

Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 - Aprova a Política Nacional de Medicamentos.

Portaria GM nº 1.554 de 30 de julho de 2013 - Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portaria GM nº 1.555 de 30 de julho de 2013 - Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portaria nº 1052 de 29 de dezembro de 1998 - Aprova a relação de documentos necessários para habilitar a empresa a exercer a atividade de transporte de produtos farmacêuticos e farmoquímicos, sujeitos a Vigilância Sanitária.

Resolução nº 329 de 22 de julho de 1999 - Institui o Roteiro de Inspeção para transportadoras de medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos.

Resolução CNS nº 338 de 06 de maio de 2004 - Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Portaria SMS/PMVR 40/2014 - Dispõem sobre o acesso à assistência farmacêutica no âmbito municipal.

Portaria SMS/PMVR 41/2014 - Dispõem sobre a inclusão de medicamentos na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Volta Redonda.