



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CORDEIRO  
"CORDEIRO – CIDADE EXPOSIÇÃO"

**DECRETO Nº 007/2021**

**DISPÕE SOBRE A APROVAÇÃO DA 4ª EDIÇÃO  
DA REMUME – RELAÇÃO MUNICIPAL DE  
MEDICAMENTOS ESSENCIAIS DO MUNICÍPIO  
DE CORDEIRO.**

**O PREFEITO MUNICIPAL DE CORDEIRO, ESTADO DO RIO  
DE JANEIRO, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS,**

**D E C R E T A:**

**Art. 1º** - Fica aprovada a 4ª Edição da REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, conforme consta no Anexo deste Decreto.

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

**Art. 3º** - A Secretaria Municipal de Saúde divulgará aos prescritores, profissionais da rede municipal de saúde e aos munícipes à REMUME.

**Art. 4º** - A Secretaria Municipal de Saúde será responsável por medidas que garantam o fornecimento dos medicamentos constantes na REMUME, de forma contínua, nas Farmácias Municipais, segundo os protocolos estabelecidos.

**Art. 5º** - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito, em 22 de janeiro de 2021.

**LEONAN LOPES MELHORANCE**  
**Prefeito**

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS  
ESSENCIAIS  
(REMUME – 4ª Edição)



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE  
CORDEIRO  
JANEIRO / 2021



Estado do Rio de Janeiro  
Prefeitura Municipal de Cordeiro  
Secretaria Municipal de Saúde



**Prefeito**

*LEONAN LOPES MELHORANCE*

**VICE – PREFEITO**

*ELVIS LIMA COSTA MUTTI*

**Secretária Interina**

Laurie Dias Alves Horato Garcia

**Coordenadora Municipal de Assistência Farmacêutica**

*Roberta Graeff de Souza Ribeiro*

**Elaboração Técnica**

*Júlia de Moraes Mattos – Farmacêutica*

*Roberta Graeff de Souza Ribeiro - Farmacêutica*



## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b>	<b>03</b>
<b>A REMUME</b>	<b>04</b>
<b>Lista de Abreviaturas</b>	<b>05</b>
<b>Recomendações para prescrição de medicamentos na Secretaria Municipal de Saúde de Cordeiro</b>	<b>06</b>
<b>Informações sobre Receituários, Talonários e Medicamentos Controlados</b>	<b>07</b>
<b>Protocolo para dispensação de medicamentos na Farmácia Básica</b>	<b>12</b>
<b>LISTA 1 – MEDICAMENTOS DE ATENÇÃO BÁSICA</b>	<b>13</b>
<b>LISTA 2 – MEDICAMENTOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA</b>	<b>22</b>
<b>LISTA 3 – MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESTRATÉGICO DA ATIVIDADE FARMACÊUTICA - MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>	<b>25</b>
<b>LISTA 4 – PROGRAMA DE DIABETES - MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>	<b>25</b>
<b>LISTA 5 – HANSENOSTÁTICOS - MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>	<b>26</b>
<b>LISTA 6 – ESQUEMAS TERAPÊUTICOS SUBSTITUTIVOS - MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>	<b>26</b>
<b>LISTA 7 – TUBERCULOSTÁTICOS - MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>	<b>26</b>
<b>LISTA 8 – IMUNOBIOLOGICOS- MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>	<b>27</b>
<b>LISTA 9 – LUPUS, MIELOMA MULTIPLO, DOENÇA DE CRONH - MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>	<b>27</b>
<b>LISTA 10 – INFLUENZA - MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>	<b>27</b>
<b>LISTA 11 – INSUMOS DE PREVENÇÃO DST/AIDS - MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>	<b>28</b>
<b>LISTA 12 – MEDICAMENTO SUJEITO A CONTROLE ESPECIAL PORTARIA 344/98 - PRESCRIÇÃO POR MÉDICO ESPECIALISTA</b>	<b>28</b>
<b>Medicamentos do Programa Farmácia Popular</b>	<b>29</b>
<b>PROGRAMA DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica/Secretaria Estadual de Saúde</b>	<b>32</b>
<b>LISTA DO COMPONENTE ESPECIALIZADO</b>	<b>35</b>
<b>RECOMENDAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO</b>	<b>56</b>



## **Apresentação**

Buscando definir uma política municipal de medicamentos que garanta o arsenal terapêutico necessário ao atendimento dos principais problemas de saúde que acometem a população cordeirense e visando a prestação de um serviço público de qualidade, a Secretaria de Saúde, elaborou a 4ª edição da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).

A seleção de medicamentos possibilita ganhos terapêuticos e econômicos, sendo os ganhos terapêuticos aqueles relacionados à promoção do uso racional e à melhoria da qualidade terapêutica, e os econômicos aqueles que se referem à racionalização dos custos dos tratamentos.

A publicação da REMUME representa o avanço das ações implementadas pelo município no âmbito da Política Nacional de Medicamentos, instituída pela Portaria 3.916/98, e mais recentemente pelo Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, cujos pilares tratam da adoção de uma relação de medicamentos essenciais.

A REMUME é composta por medicamentos oriundos de aquisição direta ou de repasses dos programas estratégicos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde.

Portanto é meio fundamental para orientar a prescrição, a dispensação e o abastecimento de medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Cabe salientar a importância de sua revisão e atualização baseada em evidências e em dados científicos.

Expresso meu agradecimento a todos que contribuíram para a elaboração deste instrumento.

Cordeiro, 11 de JANEIRO de 2021



### **Secretária Municipal de Saúde**

#### **A REMUME**

A Relação de Medicamentos Essenciais – REMUME tem como função estratégica aprimorar a política de Assistência Farmacêutica no Município de Cordeiro e implementar a política do uso racional de medicamentos.

Uma lista padronizada de medicamentos é um instrumento que favorece a qualidade na assistência, produzindo resolutividade nas intervenções e desdobrando-se na incorporação de uma visão construtiva de sustentabilidade.

O objetivo desse documento é promover o acesso, qualidade, uso racional dos medicamentos levando em conta a eficácia, segurança, qualidade e custo.

A REMUME faz parte das ações necessárias à conformação da Política de Assistência Farmacêutica do município de Cordeiro e apoia-se nos instrumentos legais do SUS: Portaria GN/MS Nº 3.916/98 que estabelece a Política Nacional de Medicamentos; a Resolução CNS nº338/04 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, Decreto Nº 7.509/11 que estabelece que estado, distrito federal e municípios poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos.

A REMUME da Secretaria Municipal de Saúde de Cordeiro é composta pelos medicamentos utilizados na Secretaria Municipal de Saúde - SMS, oriundos da aquisição direta ou de repasses de programas estratégicos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde.

Cada medicamento foi designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) acompanhado de concentração, forma e apresentação farmacêuticas, conforme se preconiza a Lei Nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999.

A REMUME será usada como instrumento orientador da prescrição e dispensação de medicamentos nas Unidades Integrantes do Sistema Único de Saúde/SUS, os Serviços Credenciados, que complementam a rede de assistência, todos sob gestão da Prefeitura Municipal de Cordeiro.

***Júlia de Moraes Mattos***

***Roberta Graeff de Souza Ribeiro***



### **Lista de Abreviaturas**

Sigla	Descrição
AINES	Anti-inflamatorio não esteroidais
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitaria
CFT	Comissão de Farmácia e Terapeutica
CR	Creme
COMP	Comprimido
DCB	Denominação Comum Brasoleira
DTP	Tríplice Bacteriana (Difteria, Tétano, Coqueluche)
FB	Farmácia Básica
FPA	Farmácia de Processo Administrativo
FME	Farmácia de Medicamentos Excepcionais
G	Gramma
MG	Miligramma
ML	Mililitro
NPH	Neutral ProtamineHagedorn
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPD	Derivado Proteico Purificado
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SVS/MS	Secretaria de Vigilancia em Saúde/ Ministerio da Saúde
SUS	Sistema Único de Saude
SUSP	Suspensão
SOL ORAL	Solução Oral
UI	Unidades Internacionais
UN	Unidade



## **Recomendações para prescrição de medicamentos na Secretaria Municipal de Saúde de Cordeiro**

Segundo a Política Nacional de Medicamentos, definida pela Portaria do Ministério da Saúde nº 3.916 de 30 de Outubro de 1998, a prescrição envolve “ato de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente, com a respectiva dosagem e duração do tratamento”. Esse ato é expresso mediante a elaboração de uma receita médica ou de outro profissional devidamente habilitado.

A receita é, portanto, o documento formal e escrito que estabelece o que deve ser dispensado ao paciente e como deve ser utilizado.

A REMUME foi elaborada com o objetivo de auxiliar o prescritor, permitindo a escolha de medicamentos adquiridos regularmente e, assim, possibilitar o acesso da população à terapia medicamentosa adequada e gratuita.

Diretrizes na Prescrição dos medicamentos:

- A prescrição deve ser feita em duas vias, sendo a 2ª via carbonada, e em formulário próprio, salvo em condições excepcionais (o original destina-se ao paciente e a 2ª via fica retida na farmácia);
- Baseada quando na REMUME, que deve ser norteadora das prescrições de medicamentos na rede de serviço municipal do SUS;
- Atender aos aspectos formais, legais e clínicos, obedecendo às recomendações de prescrição estabelecidas pelos Conselhos Federais das Classes (medica, odontológica e enfermagem) e ANVISA, quanto a sua compreensão e legibilidade. Tendo atenção à prescrição de medicamentos sob controle especial, segundo a Portaria SVS nº 344/98, cujas exigências, tais como receituário e tempo de tratamento, por exemplo, devem ser seguidas;
- Prescritos segundo a Denominação Comum Brasileira (DCB), consonância com a legislação vigente, não sendo permitido o uso de abreviaturas e nome comercial conforme a Lei 9.787 de 10 de fevereiro de 1999.
- Serem individualizados, salvo quando objetivarem tratamento/prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em casal;
- Conter: concentração, forma farmacêutica, quantidade a ser dispensada e posologia (dose, frequência e duração do tratamento) dos medicamentos e data de emissão; e
- Assinatura e carimbo de identificação. Na ausência de carimbo o prescritor deverá apor seu nome completo em letra legível, assinatura e número de registro no Conselho.



## Informações sobre Receituários, Talonários e Medicamentos Controlados

### TIPOS DE RECEITA

O **receituário** é o papel que é utilizado para prescrição de medicamentos.

A **receita** é a prescrição escrita de medicamento, contendo orientação de uso para o paciente, efetuada por profissional legalmente habilitado.

**Receituário simples:** é utilizada para prescrição de medicamentos anódinos e de medicamento de tarja vermelha, com os dizeres venda sob prescrição médica, e segue as regras descritas na Lei 5.991/1973.

**Notificações de receita A** Notificação de Receita é o documento que é acompanhado de receita e autoriza a dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas “A1” e “A2” (Entorpecentes), “A3”, “B1” e “B2” (Psicotrópicos) “C2” (Retinóicas para uso sistêmico) “C3” (Imunossupressoras). A Notificação de receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos por extenso, sem emenda ou rasura. A Notificação de receita será retida pela farmácia ou drogaria e a receita devolvida ao paciente devidamente carimbada, como comprovante do aviamento ou da dispensação.

**Receita Amarela ou Receita A** – A Notificação de Receita A é um impresso, na cor amarela, para a prescrição dos medicamentos das listas A1 e A2 (entorpecentes) e A3 (psicotrópicos). Poderá conter somente um produto farmacêutico. Será válida por 30 (trinta) dias, a contar da data de sua emissão, em todo o território nacional. As notificações de Receita “A”, quando para aquisição em outra unidade federativa, precisarão que sejam acompanhadas de receita médica com justificativa de uso. E as farmácias, por sua vez, ficarão obrigadas a apresenta-las, dentro do prazo de 72 (setenta e duas) horas, à Autoridade Sanitária local, para averiguação e visto.



NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA
UF	NÚMERO		Nome: _____
	A		Qualidade e Apresentação _____
Data ____ de ____ de ____		Paciente _____	Forma Farm. Concent. Unit. Posologia _____
Assinatura do Emitente _____		Endereço _____	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Paciente _____		Nome _____	
Endereço _____		Data ____/____/____	
Identidade No. _____ Órgão Emissor _____ Telefone _____			
Dados da Gráfica: Nome - Endereço - CGC			

**Receita Azul ou Receita B** – Notificação de Receita B é um impresso, padronizado, na cor azul, utilizado na prescrição de medicamentos que contenham substâncias psicotrópicas – listas B1 e B2 e suas atualizações constantes na Portaria 344/98. Terá validade por 30 (trinta) dias, a partir de sua emissão, e com validade apenas na unidade federativa que concedeu a numeração. Poderá conter 5(cinco) ampolas. Para as demais formas farmacêuticas, o tratamento será correspondente a 60(sessenta) dias.

NOTIFICAÇÃO DA RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Medicamento ou Substância
UF	NÚMERO		Quantidade e Forma Farmacêutica _____
	B		Dose por Unidade Posológica _____
Data ____ de ____ de ____		Paciente _____	Posologia _____
Assinatura do Emitente _____		Endereço _____	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		CARIMBO DO FORNECEDOR	
Nome _____		Nome do Vendedor _____	
Endereço _____		Data ____/____/____	
Telefone _____			
Identidade No. _____ Órgão Emissor _____			
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC			
Numeração desta Impressão de _____ de _____			

  

NOTIFICAÇÃO DA RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Medicamento ou Substância
UF	NÚMERO		Quantidade e Forma Farmacêutica _____
	B2		Dose por Unidade Posológica _____
Data ____ de ____ de ____		Paciente _____	Posologia _____
Assinatura do Emitente _____		Endereço _____	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		CARIMBO DO FORNECEDOR	
Nome _____		Nome do Vendedor _____	
Endereço _____		Data ____/____/____	
Telefone _____			
Identidade No. _____ Órgão Emissor _____			
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC			
Numeração desta Impressão de _____ de _____			



**Receituário de Controle Especial** – é utilizada para a prescrição de medicamentos à base de substâncias constantes das listas “C1” (outras substâncias sujeitas a controle especial), “C2”(retinoicas para uso tópico) e “C5”(anabolizantes).O formulário é válido em todo o território nacional, devendo ser preenchido em 2(duas) vias. Terá validade de 30 (trinta) dias a partir da data de emissão. A prescrição poderá conter, em cada receita, três substâncias da lista “C1” e de suas atualizações. A quantidade prescrita de cada substância da lista “C1”, “C5” e suas atualizações é de 5 (cinco) ampolas, e, para as outras formas farmacêuticas, a quantidade refere-se a 60 (sessenta) dias de tratamento. Em caso de emergência, poderá ser aviada ou dispensada a receita de medicamentos à base de substâncias constantes das listas “C” (outras sujeitas a controle especial) deste Regulamento e de suas atualizações, em papel não privativo do profissional ou da instituição, contendo obrigatoriamente o diagnóstico ou a CID, a justificativa do caráter emergencial do atendimento, data, inscrição no Conselho Regional e assinatura devidamente identificada.

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

Dizeres obrigatórios

Impresso em formulário do profissional ou da instituição, contendo o nome e endereço do consultório e/ou da residência do profissional, número da inscrição no Conselho Regional e, no caso da instituição, nome e endereço.

Nome e endereço completo do paciente, e, no caso de uso veterinário, nome e endereço completo do proprietário e identificação do animal.

Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de DCB, dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade e posologia.

Campos de preenchimento exclusivo do farmacêutico.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome Completo: _____	Nome _____	
CRM _____ UF _____ Nº _____	Ident.: _____ Órg. Emissor: _____	
Endereço Completo e Telefone: _____	End.: _____	
Cidade: _____ UF _____	Cidade: _____ UF _____	Assinatura do Farmacêutico _____ DATA: ____/____/____
	Telefone: _____	



**Notificação de Receita Especial de Retinoides** – lista C2 (Retinoides de uso sistêmicos), com validade por um período de 30 (trinta) dias e somente dentro da unidade federativa que concedeu a numeração. Poderá conter 05 (cinco) ampolas. Para as demais formas farmacêuticas, a quantidade para o tratamento corresponderá, no máximo, a 30 (trinta) dias, a partir da sua emissão.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL RETINÓIDES SISTÊMICOS (Verificar Termos de Conhecimento) UF _____ NÚMERO _____ Data ____ de ____ de ____	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE  Paciente _____ Idade _____ Sexo _____ Prescrição Inicial <input type="checkbox"/> Subsequente <input type="checkbox"/> Assinatura _____	ESPECIALIDADE / SUBSTÂNCIA Substância <input type="checkbox"/> Isotretinoína <input type="checkbox"/> Tretinoína <input type="checkbox"/> Aciclovir Posologia _____  GRAVÍDEZ PROIBIDA Risco de graves efeitos na mãe, no feto, no coração e no sistema nervoso do feto
Cidade da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CEP _____		Numeração desta impressão de _____ de _____

**Notificação de Receita Especial para Talidomida** – lista C3. Tratamento para 30 (trinta) dias; validade de 15 (quinze) dias.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA TALIDOMIDA UF _____ NÚMERO _____ Data ____ de ____ de ____	IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO Nome: _____ Endereço: _____ Especialidade: _____ CRM: _____ CPF: _____ Assinatura do Emissor/Carimbo	IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO TALIDOMIDA (100mg)  Quantidade (em comprimidos aritméticos e por extensão) em comprimidos: _____ dose diária _____ mg
	CID _____	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Fone: ( ) _____ Endereço: _____ Doc. Identificação: _____ Tipo: _____ Órg. Emissor: _____
IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE N. DA UNIDADE: _____ N. DA INSC. PROG.: _____ DATA DE INSCRIÇÃO: _____	IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL (SE FOR O CASO) Nome: _____ Endereço: _____ Fone ( ) _____ Doc. Identificação: _____ Tipo: _____ Órg. Emissor: _____	Carimbo Padronizado da Unidade de Saúde

**Substâncias anti-retrovirais** – lista C4. Formulário próprio, estabelecido pelo programa de DST/AIDS. (Receita branca)



Lista	Tipo/cor do documento	Quantidade máxima (período de tratamento)	Quantidade máxima de substâncias	Validade/abrangência da receita
<b>A1</b> Entorpecentes	Notificação de Receita A (amarela)	5 ampolas ou tratamento para 30 dias	Uma	30 dias – Validade em todo território nacional
<b>A2</b> Entorpecentes (uso permitido somente em condições especiais)				
<b>A3</b> Psicotrópicos				
<b>B1</b> Psicotrópicos	Notificação de Receita B (azul)	5 ampolas ou tratamento para 60 dias	Três	
<b>B2</b> Psicotrópicos anorexígenos		Tratamento para 30 dias		
<b>C1</b> Outras substâncias sujeitas a controle especial	Receita de controle Especial (branca)	5 ampolas ou tratamento para 60 dias. Antiparkinsoniano e Anticonvulsivante, tratamento para 180 dias		
<b>C2</b> Retinóicas de uso tópico	Receita comum (branca)	-	-	Validade em todo território nacional
<b>C2</b> Retinóicas de uso sistêmico	Notificação de Receita Especial de Retinóides Sistêmicos (branca)	5 ampolas ou tratamento para 30 dias	Uma	30 dias ou 7 dias para mulheres em idade fértil – Validade somente no Estado emitente
<b>C3</b> Imunossupressores	Notificação de Receita Especial de Talidomida (branca)	Tratamento para 30 dias		20 dias – Validade somente no Estado emitente
<b>C5</b> Anabolizantes	Receita de controle Especial (branca)	5 ampolas ou tratamento para 60 dias		30 dias – Validade em todo território nacional



### **Protocolo para dispensação de medicamentos na Farmácia Básica**

- Somente serão dispensados medicamentos para pacientes residentes no município de Cordeiro;
- É indispensável a apresentação de receita do SUS (somente do município, salvo aquelas nas quais os pacientes foram encaminhados pelo TFD);
- A dispensação somente poderá ser efetuada mediante a apresentação da receita em duas (2) vias (carbonada ou xerocada), sendo a primeira via (original) carimbada e devolvida ao paciente e a segunda via (carbonada ou xerocada) retida na farmácia;
- Apresentação de documento de identificação (identidade, CPF e CNS para adultos, em casos de menores, carteira de vacinação ou certidão de nascimento) **do paciente da receita;**
- As medicações só serão dispensadas a terceiros, comprovando-se o parentesco e também se faz necessário a apresentação do documento da pessoa que vai retirar o medicamento;
- A receita não poderá conter emenda ou rasura;
- Os medicamentos deverão ser prescritos com letra legível e pelo princípio ativo, de acordo com a Resolução RDC nº 51 de 15 de agosto de 2007;
- Medicações de uso temporário serão entregues de acordo com a dose total do tratamento;
- **Os medicamentos considerados de uso contínuo, serão entregues para tratamento de 30 (trinta) dias;**
- A receita obrigatoriamente deverá conter, de acordo com a legislação vigente:
  - Identificação do usuário (paciente)
  - Nome do medicamento, pelo nome da substância e com letra legível
  - Dosagem ou concentração (ex: 10mg)
  - Forma farmacêutica (comprimido, xarope, ampola...)
  - Posologia (como usar o medicamento, quantas vezes por dia, etc)
  - Assinatura e identificação (número do CRM, CRO ou COREN) do profissional prescriptor (médico, cirurgião dentista ou enfermeiro), RDC 44/09, Art. 44 e Portaria 344/98;
- Para os **medicamentos de uso contínuo**, ou seja, aqueles que fazem parte dos Programas de Saúde estabelecidos por protocolos do Ministério da Saúde, a receita terá validade de seis (6) meses de tratamento, com entregas mensais, mediante cópia a cada mês;
- A SMS de Cordeiro disponibilizará medicamento para 30 dias de tratamento, tanto no que se refere a medicação de uso contínuo (diabetes e hipertensão) como aqueles de controle especial.



<b>LISTA 1 – MEDICAMENTOS DE ATENÇÃO BÁSICA – AQUISIÇÃO PROGRAMADA - RECURSO TRIPARTITE</b>		
<b>DISPONÍVEIS NA FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL</b>		
<b>Antidepressivo Tricíclico</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Amitriptilina 25mg	Comp
<b>Analgésico, Antiagreganteplaquetário (antitrombótico), AINES, Antipirético</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Ácido acetilsalicílico 100mg	Comp
<b>Analgésico; antipirético</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Dipirona 500mg	Comp
2	Dipirona sódica 500mg/ml - gotas	Fr(s) 20ml
3	Paracetamol 500mg	Comp
4	Paracetamol 200mg/ml - gotas	Fr(s) 15ml
<b>Ansiolítico Benzodiazepínico</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Bromazepam 3mg	Comp
2	Bromazepam 6mg	Comp
3	Diazepam 5mg	Comp
4	Diazepam 10mg	Comp
<b>Ansiolítico Benzodiazepínico; Antiepilético</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Clonazepam 2mg	Comp
2	Clonazepam 2,5mg/ml	Fr(s) 20ml
<b>Antiácido</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Hidróxido de alumínio 61,5 mg suspensão oral **	Fr
<b>Antialérgico; Antihistamínico h1 (1ª geração)</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Dexclorfeniramina, maleato 0,4mg/ml - xarope	Fr(s) 100ml
2	Dexclorferinamina 2mg	Comp.
3	Loratadina 10mg	Comp.



<b>Antianêmico</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Sulfato ferroso 40mg	Comp
2	Sulfato ferroso 25mg/ml - gotas	Fr(s) 30ml
<b>Antianêmico (vitamina hematopoiética)</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Acido fólico 5mg	Comp
<b>Antianginoso; Antihipertensivo (Bloqueador do canal de cálcio)</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Nifedipina Retard 20mg	Comp
<b>Antiarrítmico (classe III)</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Amiodarona, cloridrato 200mg	Comp
<b>Antiarrítmico digitálico; cardiotônico</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Digoxina 0,25mgcomprimido	Comp
<b>Antibacteriano beta-lactamico, aminopenicilina</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Amoxicilina 500mg	Cáps
2	Amoxicilina pó para suspensão oral 50mg/ml (250mg/5ml)	Fr(s)150ml
3	Amoxicilina+ clavulanato de potássio 50+12,5mg/ml – susp oral	Fr(s)100ml
4	Amoxicilina + clavulanato de potássio 500+125mg	Comp
<b>Antibacteriano Beta-lactamico; Cefalosporínico 1ª geração</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Cefalexina 500mg comprimido	Comp
2	Cefalexina 50mg/ml - susp oral (250mg/5ml)	Fr(s) 100ml
<b>Antibacteriano fluoroquinilona</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Ciprofloxacino, cloridrato 500mg	Comp
2	Levofloxacino 500mg	Comp
<b>Antibacteriano macrolídeo</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Azitromicina 500mg	Comp
2	Azitromicina 40mg/ml - após reconstituição (600mg)	Fr(s)15ml



3	Claritromicina 500mg	Comp
<b>Antibacteriano penicilina</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Benzilpenicilina benzatina 1.200.000ui pó susp injetável	Amp
<b>Antibacteriano sulfonamideo;</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Sulfametoxazol + trimetoprima 400+80mg	Comp
2	Sulfametoxazol + trimetoprima 40+8mg/ml - susp oral	Fr(s) 100ml
<b>Antibacteriano tópico</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Neomicina + Bacitracina 5mg/250Ui - creme dermatológico	Bn(s) 10g
<b>Anticoagulante cumárico</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Varfarina Sódica 5mg	Comp
<b>Anticonstipante (laxante; lubrificante)</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Óleo mineral	Fr(s) 100ml
<b>Antidepressivo Inibidor Seletico da recaptção de serotonina</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Fluoxetina, cloridrato 20mg	Cáps
2	Sertralina, cloridrato 50mg	Comp
<b>Antidepressivo Tricíclico (Amina Terciária)</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Clomipramina, cloridrato 10mg	Comp
2	Clomipramina, cloridrato 25mg	Comp
3	Imipramina 25mg	Comp
<b>Antidepressivo; Antimania</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Carbonato de Lítio 300mg	Comp
<b>Antiemético</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Bromoprida 10mg	Comp
2	Bromoprida 4mg/ml	Fr(s) 20ml



<b>Antiepilético</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Fenitoína 20 mg/ml	Fr
2	Fenitoína 100mg	Comp
<b>Antiepilético; Antineuralgico; Antimania; Antipsicótico; Anticonvulsivante</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Carbamazepina 200mg	Comp
2	Carbamazepina 20mg/ml	Fr(s) 100ml
<b>Antiflatulento</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Dimeticona 75mg/ml - gotas	Fr(s) 20ml
2	Dimeticona 40mg	Comp
<b>Antifúngico (derivado Imidazólico)</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Cetoconazol 200mg	Comp
2	Cetoconazol 20mg/g	Bn(s) 30g
<b>Antifúngico (derivado triazólico)</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Fluconazol 150mg cápsula	Cáps
<b>Antifúngico (macrolídeo)</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Nistatina 25MUI - creme vaginal	Bn(s) 60g
2	Nistatina 100.000UI/ml - susp oral	Fr(s) 50ml
<b>Antigotoso (inibidor da produção de ácido úrico)</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Alopurinol 100mg	Comp
2	Alopurinol 300mg	Comp
<b>Anti-Helmíntico</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Ivermectina 6mg **	Comp
<b>Antihipertensivo (Antagonista do receptor de Angiotensina II)</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Losartana 50mg	Comp



<b>Anti-hipertensivo (betabloqueador não seletivo), Antiarrítmico classe II; Antianginoso; Profilático da cefaléia</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Propranolol, cloridrato 40mg	Comp
<b>Anti-hipertensivo (bloqueador do canal de cálcio)</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Anlodipino, besilato 5mg	Comp
2	Anlodipino, besilato 10mg	Comp
<b>Anti-hipertensivo (bloqueador adrenérgico de ação central)</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Metildopa 250mg	Comp
2	Atenolol 50mg	Comp
<b>Anti-hipertensivo; Bloqueador beta-adrenérgico não seletivo</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Carvedilol 3,125mg	Comp
2	Carvedilol 6,25mg	Comp
3	Carvedilol 12,5mg	Comp
4	Carvedilol 25mg	Comp
<b>Antihipertensivo; Vasodilatador (Inibidor da ECA)</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Captopril 25mg comprimido	Comp
2	Enalapril, maleato 5mg	Comp
3	Enalapril, maleato 20mg	Comp
<b>Anti-Hipertensivo; Antianginoso (Bloqueador do canal de cálcio)</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Diltiazem, cloridrato 60mg	Comp
<b>Anti-histamínico (antialérgico); Antiemético; Antivertiginoso</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Prometazina, cloridrato 25mg	Comp
<b>Antiinfecioso ginecológico; Amebicida e Tricomonicida</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Metronidazol 100mg/g - creme ou geléia vaginal	Bn(s) 50g
<b>Antiinfecioso ginecológico; Antifúngico imidazólico</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Miconazol, nitrato 20mg/g (2%) - creme vaginal	Bn(s) 80g



<b>Anti-inflamatório esteróide (corticóide); Imunossupressor</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Prednisolona, fosfato 3mg/ml - sol oral	Fr(s) 60ml
1	Prednisona 5mg comprimido	Comp
1	Prednisona 20mg comprimido	Comp
<b>ANTIINFLAMATÓRIO ESTERÓIDE TÓPICO</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Dexametasona 1mg/g creme - Tubo 10g	Bisn
<b>Anti-inflamatório não esteroidal; Analgésico; Antireumático; Antitérmico; Antidiarreico; Antienxaquecoso</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Ibuprofeno 300mg	Comp
2	Ibuprofeno 600mg	Comp
3	Ibuprofeno 50mg/ml - susp oral *	Fr(s) 100ml
<b>Anti-inflamatório não esteroidal; Antireumático; Analgésico; Antidiarreico; Antienxaquecoso</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Diclofenaco de Potássio 50mg	Comp
2	Diclofenaco de Sódio 50mg **	
<b>Antiparasitário (Anti-helmíntico)</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Albendazol 40mg/ml – susp oral	Fr(s)10ml
2	Albendazol 400mg	Comp
<b>Antiparkinsoniano; Antidiscinético</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Biperideno 2mg	Comp
<b>Antiprotozoário (amebicida, giardicida e tricomonicida); Antibacteriano</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Metronidazol 250mg	Comp
<b>Antipsicótico (Neuroléptico - tratamento adjunto)</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Periciazina 1%	Fr(s) 20ml
2	Periciazina 4%	Fr(s) 20ml
<b>Antipsicótico (Neuroléptico)</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Clorpromazina 100mg	Comp



2	Clorpromazina 25mg	Comp
3	Clorpromazina 40mg/ml - gotas (4%)	Fr(s) 20ml
4	Haloperidol 5mg	Comp
5	Haloperidol 1mg	Comp
6	Haloperidol Decanoato 50mg/ml	Fr(s) 30ml
7	Haloperidol 2mg/ml	Amp
<b>Antipsicótico (Neuroléptico M- tratamento adjunto)</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Periciazina 10mg	Comp
<b>Antipsicótico; Neuroléptico; Sedativo; Antialérgico</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Levomepromazina 100mg	Comp
2	Levomepromazina 25mg	Comp
<b>Antiulceroso (inibidor da bomba de prótons);Antiácido</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Omeprazol 20mg	Cáps
<b>Ascaricida (Sarnicida)</b>		
ITEM	Substância	UN
25	Benzoato de Benzila	Fr(s) 100ml
<b>Barbitúrico anticonvulsivante; Hipinótico; Sedativo</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Fenobatbital 100mg	Comp
2	Fenobatbital 40mg/ml - gotas	Fr(s) 20ml
<b>Broncodilatador</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Salbutamol, Sulfato Aerosol 120,5mcg **	Fr(s)
<b>Broncodilatador; Antiasmático</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Fenoterol, bromidrato 5mg/ml - sol para inalação	Fr(s) 20ml
1	Ipratrópio, brometo 0,25mg/ml - solução para inalação	Fr(s) 20ml
<b>Diurético (de alça);Anti-hipertensivo</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Furosemida 40mg	Comp
2	Indapamida 1,5mg	Comp



<b>Diurético (poupador de potássio); Anti-hipertensivo</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Espironolactona 25mg	Comp
<b>Diurético (tiazídico);Anti-hipertensivo</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Hidroclorotiazida 25mg	Comp
<b>Expectorante mucolítico</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Ambroxol 15mg/ml - xarope infantil	Fr(s)120ml
2	Ambroxol 30mg/ml - xarope adulto	Fr(s)120ml
<b>Hipoglicemiante oral</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Glibenclamida 5mg	Comp
<b>Hipoglicemiante oral (biguanida)</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Metformina 500mg	Comp
2	Metformina 850mg	Comp
<b>Hipolipemiante (reductor de triglicérides e colesterol)</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Sinvastatina 20 mg	Comp
<b>Hormônio Tireoidiano (terapia de reposição ou Suplementação em Pacientes com Hipotireoidismo)</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Levotiroxina 25mg**	Comp
2	Levotiroxina 50mg**	Comp
3	Levotiroxina 100mg**	Comp
<b>Pediculicida; Escabicida (ECOPARASITICIDAS)</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Permetrina 1% Loção**	Fr(s) 60ml
2	Permetrina 5% Loção **	Fr(s) 60ml
<b>Reposição hidrolíticaoral</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Sais para reidratação - pó para solução oral	Sachês
<b>Vasodilatador coronariano (Antianginoso)</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Isossorbida, mononitrato 20mg	Comp



<b>Vitamina, Suplemento Nutricional</b>		
<b>ITEM</b>	<b>Substância</b>	<b>UN</b>
1	Ácido ascórbico 500mg (Vitamina C)	Comp
2	Ácido ascórbico 200mg/ml (Vitamina C)	Fr(s) 20ml
3	Complexo B - polivitaminas	Comp

**Os Medicamentos dessa lista são os de ação primária e os que devem ser de primeira escolha.**

<b>LISTA 2 – MEDICAMENTOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA AQUISIÇÃO PROGRAMADA - RECURSOS PRÓPRIOS DISPONÍVEIS NA FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL</b>			
<b>ADJUVANTE NO TRATAMENTO DO ALZHEIMER</b>			
<b>ITEM</b>	<b>Substância</b>	<b>UN</b>	<b>Nome comercial</b>
1	Memantina, cloridrato 10 mg (C1)	Comp	Alois / Zider
<b>ANALGÉSICO OPIÓIDE</b>			
<b>ITEM</b>	<b>Substância</b>	<b>UN</b>	<b>Nome comercial</b>
1	Tramadol, cloridrato 50 mg	Comp	Tramal
<b>ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO</b>			
<b>ITEM</b>	<b>Substância</b>	<b>UN</b>	<b>Nome comercial</b>
1	Clopidogrel 75 mg	Comp	Plavix
<b>ANTIANDROGÊNIO ( TRATAMENTO DE HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA); ANTIHIPERTENSIVO</b>			
<b>ITEM</b>	<b>Substância</b>	<b>UN</b>	<b>Nome comercial</b>
1	Doxazosina, mesilato 2 mg	Comp	Duomo / Carduran
<b>ANTICOAGULANTE; INIBIDOR DE AGREGAÇÃO PLAQUETÁRIA</b>			
<b>ITEM</b>	<b>Substância</b>	<b>UN</b>	<b>Nome comercial</b>
1	Cilostazol 50 mg	Comp	Cebralat / Vasogard
2	Cilostazol 100 mg	Comp	Cebralat / Vasogard
<b>ANTICONSULSIVANTE(ANTIEPILÉTICO); USADO NO TRANSTORNO BIPOLAR</b>			
<b>ITEM</b>	<b>Substância</b>	<b>UN</b>	<b>Nome comercial</b>
1	Valproato de sódio 50mg/ml	Fr(s) 100ml	Depakene / Epilenil
2	Valproato de sódio 250mg	Comp	Depakene / Epilenil
3	Valproato de sódio 500mg	Comp	Depakene / Epilenil
<b>ANTICONSULSIVANTE / ANTIEPILÉTICO</b>			
<b>ITEM</b>	<b>Substância</b>	<b>UN</b>	<b>Nome comercial</b>
1	Oxcarbazepina 300 mg (C1)	Comp	Trileptal / Oxcarb



2	Oxcarbazepina 600 mg (C1)	Comp	Trileptal / Oxcarb
3	Oxcarbazepina 60mg/ml (C1)	Fr(s)100ml	Trileptal / Oxcarb
<b>ANTICONVULSIVANTE; USADO EM CASOS DE DOR NEUROPÁTICA, FRIBOMIALGIA E TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADO</b>			
ITEM	Substância	UN	Nome comercial
1	Pregabalina 75 mg	Comp	Lyrica / Dorene
<b>Antidepressivo (inibidor seletivo da recaptação de serotonina e noradrenalina)</b>			
ITEM	Substância	UN	Nome comercial
1	Venlafaxina, cloridrato 75 mg	Comp	Efexor / Venlift
<b>Antiepilético; Antimania e transtorno afetivo bipolar</b>			
ITEM	Substância	UN	Nome comercial
1	Divalproato de sódio 500 mg (c1)	Comp	Depakote
<b>Antiglicemiante</b>			
ITEM	Substância	UN	Nome comercial
1	Gliclazida 30 mg	Comp	Azukon MR/Diamicron MR
<b>ANTIPARKINSONIANO</b>			
ITEM	Substância	UN	Nome comercial
2	Levedopa + benserazida 200/50 mg	Comp	Prolopa
<b>HIPERTENSÃO ARTERIAL</b>			
ITEM	Substância	UN	Nome comercial
1	Valsartana 160mg	Comp	Diovan
<b>Hipoglicemiantes (Sulfoniluréias de 3º geração I)</b>			
ITEM	Substância	UN	Nome comercial
1	Glimepirida 2MG **	Comp	Amaryl
<b>HIPOLIPEMIANTE</b>			
ITEM	Substância	UN	Nome comercial
1	Ciprofibrato 100 mg	Comp	Lipless
<b>Hormônio antiestrogênio citostático (tratamento do câncer de mama)</b>			
ITEM	Substância	UN	Nome comercial
1	Tamoxifeno, citrato 20 mg	Comp	Taxofen
<b>RELAXANTE MUSCULAR</b>			
ITEM	Substância	UN	Nome comercial
1	Ciclobenzaprina, cloridrato 10 mg	Comp	Musculare
2	Ciclobenzaprina, cloridrato 5 mg	Comp	Musculare



<b>REPOSITOR DE CÁLCIO</b>			
ITEM	Substância	UN	Nome comercial
1	Carbonato de Cálcio 500mg	Comp	Os-Cal
<b>REPOSITOR DE CÁLCIO E VITAMINA D</b>			
ITEM	Substância	UN	Nome comercial
1	Carbonato de Cálcio 600mg + Colecalciferol 400UI *	Comp	Ossotat D / Oscal D / Fixa Call
<b>Venotônico (aumento do tônus da parede venosa)</b>			
ITEM	Substância	UN	Nome comercial
1	Diosmina + hesperidina 450 mg/50mg	Comp	Daflon / Flavonid

### **Analgésico opióide**

#### **IMPORTANTE :**

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NA REMUME COMPLEMENTARES A FARMÁCIA BÁSICA, PARA ATENDER O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO LOCAL- AQUISIÇÃO MEDIANTE PRESCRIÇÃO MÉDICA COM RECURSO PRÓPRIO MUNICIPAL.

### **Antiagregante plaquetário**

PARA LIBERAÇÃO DESTES MEDICAMENTOS SE FAZ NECESSÁRIO LAUDO MÉDICO DIZENDO QUAIS MEDICAMENTOS DA LISTA 1 FORAM USADOS E NÃO SURTIRAM EFEITO, E A JUSTIFICATIVA POR ESCRITO PARA UTILIZAÇÃO DA LISTA 2

### **LISTA 3 – MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESTRATÉGICO DA ATIVIDADE FARMACÊUTICA - FINANCIADOS E DISTRIBUÍDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

#### **DISPONÍVEIS NA FARMÁCIA BÁSICA**

ITEM	Substância	UN
1	Acetato de Medroxiprogesterona 150mg/ml	injetável
2	Enantato de Noretisterona + Valerato de Estradiol 50mg+5mg	injetável
3	Etinilestradiol + Levonogestrel 0,03mg+0,15mg	comprimidos
4	Levonogestrel 0,75mg	comprimidos
5	Noretisterona 0,35mg	comprimidos



<b>LISTA 4 – PROGRAMA DE DIABETES - FINANCIADOS E DISTRIBUÍDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>		
<b>DISPONÍVEIS NAS UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Insulina NPH Humana 100UI/ml	frasco ampola 10ml
2	Insulina Regular Humana 100UI/ml	frasco ampola 10ml
3	Tira Reagente para Aferição de Glicemia Capilar	caixa com 50 unidades
4	Seringa Acoplada para Aplicação de Insulina	unidade
5	Lanceta para Punção Digital	unidade

<b>LISTA 5 - HANSENOSTÁTICOS</b>		
<b>FINANCIADOS E DISTRIBUÍDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>		
<b>DISPONÍVEIS NA FARMÁCIA DO ESTADO</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Talidomida 100mg	comprimido
2	Blister Paucibacilar - Adulto	cartela
3	Blister Paucibacilar - Infantil	cartela
4	Blister Multibacilar -Adulto	cartela
5	Blister Multibacilar - Infantil	cartela

<b>LISTA 6 – ESQUEMAS TERAPÊUTICOS SUBSTITUTIVOS - FINANCIADOS E DISTRIBUÍDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>		
<b>DISPONÍVEIS NA FARMÁCIA DO ESTADO</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Clofazimina 50mg	cápsula
2	Clofazimina 100mg	cápsula
3	Ofloxacina 400mg	comprimido
4	Minociclina 100mg	comprimido
5	Pentoxifilina 400mg	comprimido

<b>LISTA 7 – TUBERCULOSTÁTICOS - FINANCIADOS E DISTRIBUÍDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>		
<b>DISPONÍVEIS NA FARMÁCIA DO ESTADO</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Rifampicina 150mg+Isoniazida 75mg + Pirazinamida	comprimido



	400mg + Etambutol 275mg	
2	Rifampicina 150mg+Isoniazida 75mg	comprimido
3	Isoniazida 100 mg	comprimido
4	Etambutol 400mg	comprimido
5	Pirazinamida 500mg	comprimido
6	Rifampicina 300mg	comprimido
7	Tuberculina - PPD	frasco ampola 1,5ml
8	Rifampicina 2% suspensão	frasco 50ml
9	Pirazinamida 3% suspensão oral	frasco 150ml

### LISTA 8 – IMUNOBIOLOGICOS

#### FINANCIADOS E DISTRIBUÍDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

ITEM	Substância	UN
1	Vacina Oral contra Poliomelite- 10/20/25 doses	frasco ampola
2	Vacina Tríplice (DTP) - 10 doses	frasco ampola
3	Vacina BCG Intradérmica- 10 doses	frasco ampola
4	Vacina contra Raiva em Cultura Celular/Vero - 1 dose	frasco ampola
5	Vacina Dupla adulto - 10 doses	frasco ampola
6	Vacina contra Hepatite B 5 ml - 10 doses	frasco ampola
7	Vacina contra Febre Amarela com diluente - 5/10 doses	frasco ampola
8	Vacina Tríplice Viral com diluente - 10 doses	frasco ampola
9	Vacina Pentavalente - 1 dose	frasco ampola
10	Vacina contra Pólio inativa - 10 doses	frasco ampola
11	Vacina Oral de Rotavírus - monodose	frasco ampola
12	Vacina Pneumocócica 10 valente - 1 dose	frasco ampola
13	Vacina Meningocócica Conjugada C - 1 dose	frasco ampola
14	Vacina Tetraviral - 1 dose	frasco ampola
15	Vacina contra Gripe - 10 doses	frasco ampola
16	Vacina contra Raiva Canina - 25 doses	frasco ampola
17	Vacina Anti-Rábica - 5 doses	frasco ampola
18	Vacina Imuno Especiais	frasco ampola

### LISTA 9 – LUPUS, MIELOMA MULTIPLO, DOENÇA DE CRONH

#### FINANCIADOS E DISTRIBUÍDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

ITEM	Substância	UN
1	Talidomida 100mg	comprimido



<b>LISTA 10 – INFLUENZA - FINANCIADOS E DISTRIBUÍDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>		
ITEM	Substância	UN
1	Talidomida 100mg	COMPRIMIDO
2	Oseltamivir 30mg	CÁPSULA
3	Oseltamivir 45mg	CÁPSULA
4	Oseltamivir 75mg	CÁPSULA
5	Zanamivir 5mg	PÓ INALATÓRIO

<b>LISTA 11 – INSUMOS DE PREVENÇÃO DST/AIDS FINANCIADOS E DISTRIBUÍDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>		
ITEM	DESCRIÇÃO	UN
1	Preservativo Masculino 180mmx52mm	UN
2	Preservativo Masculino 170mmx49mm	UN
3	Preservativo Feminino	UN

<b>LISTA 12 – MEDICAMENTO SUJEITO A CONTROLE ESPECIAL PORTARIA 344/98 – AQUISIÇÃO MEDIANTE PRESCRIÇÃO MÉDICO ESPECIALISTA EXCETO ESQUIZOFRENIA – DISTRIBUIÇÃO PERSONALIZADA</b>		
<b>ANTIPSICÓTICO</b>		
ITEM	MEDICAMENTO	UN
1	RISPERIDONA 1MG/ML - SOLUÇÃO ORAL	FR



**MEDICAMENTOS DO PROGRAMA FARMÁCIA  
POPULAR**

A relação descrita abaixo corresponde aos anexos das Portarias Nº 971, de 15 de maio de 2012, que Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil; e da Portaria Nº 1.146, de 1º de Junho DE 2012, que altera e acresce dispositivos à Portaria nº 971/GM/MS, de 17 de maio de 2012, para ampliar a cobertura da gratuidade no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil.

**1. MEDICAMENTOS GRATUITOS**

**HIPERTENSÃO**

ATENOLOL	25 MG COMPRIMIDO
CAPTOPRIL	25 MG COMPRIMIDO
ENALAPRIL	10 MG COMPRIMIDO
HIDROCLOROTIAZIDA	25 MG COMPRIMIDO
LOSARTANA POTÁSSICA	50 MG COMPRIMIDO
PROPANOLOL	40 MG COMPRIMIDO

**DIABETES**

GLIBENCLAMIDA	5 MG COMPRIMIDO
INSULINA HUMANA NPH	100UI/ML FRASCO AMPOLA10ML
INSULINA HUMANA NPH	100UI/ML FRASCO AMPOLA5 ML
INSULINA HUMANA NPH	100UI/ML REFIL 1,5ML
INSULINA HUMANA NPH	100UI/ML REFIL 3 ML
INSULINA HUMANA REGULAR	100UI/ML FRASCO AMPOLA10ML
INSULINA HUMANA REGULAR	100UI/ML FRASCO AMPOLA5 ML
INSULINA HUMANA REGULAR	100UI/ML REFIL 1,5ML
INSULINA HUMANA REGULAR	100UI/ML REFIL 3 ML
METFORMINA	500 – COMPRIMIDO DE AÇÃO PROLONGADA
METFORMINA	850 MG COMPRIMIDO



### **ASMA**

BROMETO DE IPATRÓPIO 0,02MG/DOSE- ADMINISTRAÇÃO PULMONAR, INALADOR DOSEADO
BROMETO DE IPATRÓPIO 0,25 MG/ML - ADMINISTRAÇÃO PULMONAR, SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO
DIPROPRIONATO DE BECLOMETOSASONA 200MCG/CÁPSULA - ADMINISTRAÇÃO PULMONAR, CÁPSULA INALANTE
DIPROPRIONATO DE BECLOMETASONA 200 MCG/DOSE - ADMINISTRAÇÃO PULMONAR, INALADOR DOSEADO
DIPROPRIONATO DE BECLOMETASONA 250MCG/DOSE - ADMINISTRAÇÃO PULMONAR, INALADOR DOSEADO
DIPROPRIONATO DE BECLOMETASONA 50MCG/DOSE - ADMINISTRAÇÃO PULMONAR, INALADOR DOSEADO
SALBUTAMOL 100 MCG/DOSE - ADMINISTRAÇÃO PULMONAR, INALADOR DOSEADO
SALBUTAMOL 5 MG/ML - SOLUÇÃO INALAÇÃO.

## **2. MEDICAMENTOS COM ATÉ 90% DE DESCONTO**

### **CONTRACEPTIVOS**

ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 150MG AMPOLA
ENANTATO DE NORETISTERONA 50MG + VALERATO DE ESTRADIOL 5MG AMPOLA
ETINILESTRADIOL 0,03MG + LEVONORGESTRELO 15MG CARTELA 21 COMPRIMIDOS
NORETISTERONA 0,35MG CARTELA COM 35 COMPRIMIDOS.



### **DISLIPIDEMIA**

SINVASTATINA 10MG COMPRIMIDO

SINVASTATINA 20MG COMPRIMIDO

SINVASTATINA 40MG COMPRIMIDO

### **RINITE**

BUDESONIDA 32 MCG/DOSE – ADMINISTRAÇÃO TÓPICA NASAL DOSEADA

BUDESONIDA 50 MCG/DOSE – ADMINISTRAÇÃO TÓPICA NASAL DOSEADA

### **OSTEOPOROSE**

ALENDRONATO DE SÓDIO 70 MG

### **DOENÇA DE PARKINSON**

CARBIDOPA 25 MG + LEVEDOPA 250 MG

CLORIDRATO DE BENSERAZIDA 25 MG + LEVEDOPA 100 MG

### **GLAUCOMA**

MALEATO DE TIMOLOL 0,25% - SOLUÇÃO OFTALMOLÓGICA

MALEATO DE TIMOLOL 0,50% - SOLUÇÃO OFTALMOLÓGICA



**PROGRAMA DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS LME (Lista  
de Medicamentos Especiais - Responsabilidade da  
Secretaria Estadual de Saúde)**

Os medicamentos do **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica** são indicados para o tratamento de **doenças crônicas e/ou raras**, em nível ambulatorial, dispensados em farmácias especializadas. Tendo em vista as características das doenças e do custo dos medicamentos atendidos, seguem critérios específicos definidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde.

Os procedimentos para o acesso aos medicamentos do CEAF são definidos pelo Ministério da Saúde, e constam na Portaria GM/MS nº 1.554 de 30 de julho de 2013/ ANEXOS: I, II, III, IV e V.

Para ter acesso gratuito aos medicamentos, o usuário deverá conferir se os Medicamentos solicitados e a patologia constam na relação atendida pelo Componente. Lembrando que cada Estado define a lista de medicamentos a serem dispensados no Componente Especializado, de forma a atender todas as linhas de cuidado nele abrangidas.

**DOCUMENTAÇÃO PARA CADASTRO NO CEAF**

Para iniciar o processo, o paciente ou seu responsável deverá dar entrada da solicitação em uma das Farmácias de Medicamentos Especializados, com a apresentação obrigatória dos seguintes documentos do paciente:

**DOCUMENTOS PESSOAIS:** Original e Cópia do Cartão Nacional de Saúde – CNS; Original e Cópia de documento de identidade; Original e Cópia do CPF; Original e cópia do comprovante de residência.

**DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:**

- LME – Laudo de Solicitação de Medicamentos;
- Prescrição Médica devidamente preenchida (pela denominação comum brasileira);
- Documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do MS;
- Receita Médica, em 02 vias, com a prescrição do medicamento feita pelo nome genérico do princípio ativo, emitida a menos de 60 dias (validade de 30 dias para medicamentos sob regime especial de controle – PT344/1998/ANVISA);



- Observar que o laudo médico será substituído pelo Laudo de Solicitação que deverá conter a descrição do quadro clínico do paciente, menção expressa do diagnóstico, tendo como referência os critérios de inclusão previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas-PCDT do Ministério da Saúde, nível de gravidade, relato de tratamentos anteriores (medicamentos e período de tratamento), emitido a menos de 60 dias; e
- Exames laboratoriais e de imagem previstos nos critérios de inclusão do PCDT.

### MODELO DE LME

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

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATORIO



**OBS:**

**. Medicamentos da LME (Assistência Farmacêutica do Estado):**

- Na receita o médico deverá informar LAUDO COM CID;
- Para Esquizofrenias: relatar medicamento indicados anteriormente e que não obtiveram o efeito esperado;
- Para Mal de Alzheimer: posteriormente ao envio do laudo que deverá constar grau de escolaridade e idade, será encaminhado ao médico formulário do Teste MEEM, Escala CDR para preenchimento;
- O cadastro será preenchido, **provisoriamente**, na farmácia central até que seja possibilitada a descentralização para as USFs;
- Após o cadastro será encaminhado para ser preenchido pelo médico solicitante o formulário para o preenchimento da LME e do Termo de Responsabilidade;
- Os medicamentos serão disponibilizados após a liberação da Superintendência da Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde (SES), e deverão ser retiradas na farmácia no Município de Cordeiro (Polo Estadual de distribuição mais próximo de Cantagalo) pelo próprio paciente ou responsável, conforme informado no cadastro.

***OBS: A entrega da receita não significa que a mesma será atendida. Depende da avaliação e autorização da Equipe de Assistência Farmacêutica.***



### LISTAGEM DO COMPONENTE ESPECIALIZADO COM OS CIDs CONTEMPLADOS

GRADE DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO		
MEDICAMENTO	CID-10	OBSERVAÇÕES
<b>Organização: 01 - Ácido aminosalicílico e similares</b>		
SULFASSALAZINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	K50.0 Doenc de Crohn do intestino delgado	
	K50.1 Doenc de Crohn do intestino grosso	
	K50.8 Outr form de doenc de Crohn	
	K51.0 Enterocolite ulcerativa	
	K51.1 Ileocolite ulcerativa	
	K51.2 Proctite ulcerativa	
	K51.3 Retossigmoidite ulcerativa	
	K51.4 Pseudopolipose do colon	
	K51.5 Proctocolite mucosa	
	K51.8 Outr colites ulcerativas	
	K52.2 Gastroenterite colite alerg ligadas a dieta	
	M02.3 Doenc de Reiter	
	M05.0 Sindr de Felty	
	M05.3 Artrite reumatoide c/compr outr org e sist	
	M05.8 Outr artrites reumatoides soro-positivas	
	M06.0 Artrite reumatoide soro-negativa	
	M06.8 Outr artrites reumatoides espec	
	M07.0 Artropatia psoriásica interfalangiana distal	
	M07.3 Outras artropatias psoriásicas	
	M07.4 Artropatia na doenc de Crohn	
	M07.5 Artropatia na colite ulcerativa	
	M07.6 Outr artropatias enteropaticas	
	M08.0 Artrite reumatoide juvenil	
	M45 Espondilite ancilosante	
	M46.8 Outr espondilopatias inflam espec	
	M05.8 Outr artrites reumatoides soro-positivas	
	M06.0 Artrite reumatoide soro-negativa	
	M06.8 Outr artrites reumatoides espec	
	M07.0 Artropatia psoriásica interfalangiana distal	
	M07.3 Outras artropatias psoriásicas	
	M07.4 Artropatia na doenc de Crohn	
	M07.5 Artropatia na colite ulcerativa	
	M07.6 Outr artropatias enteropaticas	
M08.0 Artrite reumatoide juvenil		
M45 Espondilite ancilosante		
M46.8 Outr espondilopatias inflam espec		
MESALAZINA 400 MG (POR COMPRIMIDO)	K50.0 Doenc de Crohn do intestino delgado	
MESALAZINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	K50.1 Doenc de Crohn do intestino grosso	



MESALAZINA 3 G + DILUENTE 100 ML (ENEMA) - POR DOSE	K50.8 Outr form de doenc de Crohn	
MESALAZINA 250 MG (POR SUPOSITORIO)	K51.0 Enterocolite ulcerativa	
MESALAZINA 1000 MG (POR SUPOSITORIO)	K51.1 Ileocolite ulcerativa	
	K51.2 Proctite ulcerativa	
	K51.3 Retossigmoidite ulcerativa	
	K51.4 Pseudopolipose do colon	
	K51.5 Proctocolite mucosa	
	K51.8 Outr colites ulcerativas	
<b>Forma Organização: 02 - Agentes Quelantes de Ferro</b>		
DEFERROXAMINA 500 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	E83.1 Doença do metabolismo do Ferro	
	N25.0 Osteodistrofia renal	
	T45.4 Intoxicação por Ferro e seus compostos	
DEFERASIROX 125 MG (POR COMPRIMIDO)	E83.1 Doença do metabolismo do Ferro	
DEFERASIROX 250 MG (POR COMPRIMIDO)	T45.4 Intoxicação por Ferro e seus compostos	
DEFERASIROX 500 MG (POR COMPRIMIDO)		
DEFERIPRONA 500 MG (POR COMPRIMIDO)		
<b>Forma Organização: 03 - Agonistas da Dopamina/inibidor da prolactina</b>		
CABERGOLINA 0,5 MG (POR COMPRIMIDO)	E22.0 Acromegalia e gigantismo hipofisario	
	E22.1 Hiperprolactinemia	
BROMOCRIPTINA 2,5 MG (POR COMPRIMIDO)	E22.1 Hiperprolactinemia	
	G20 Doenc de Parkinson	
PRAMIPEXOL 0,125 MG (POR COMPRIMIDO)	G20 Doenc de Parkinson	
PRAMIPEXOL 0,25 MG (POR COMPRIMIDO)		
PRAMIPEXOL 1 MG (POR COMPRIMIDO)		
<b>Forma Organização: 04 - Agonistas seletivos dos receptores beta 2 adrenérgicos</b>		
FORMOTEROL 12 MCG (POR CAPSULA INALANTE)	J44.1 DPOC c/ exacerbação aguda não especificada	
FORMOTEROL 6 MCG + BUDESONIDA 200 MCG PO INALANTE (POR FRASCO DE 60 DOSES)	J44.8 Outras formas especificadas de DPOC	
FORMOTEROL 6MCG + BUDESONIDA 200 MCG (POR CAPSULA INALANTE)	J45.0 Asma predominantemente alergica	
FORMOTEROL 12 MCG + BUDESONIDA 400 MCG (POR CAPSULA INALANTE)	J45.1 Asma nao-alergica	
	J45.8 Asma mista	



<b>Forma de Organização: 05 - Alcaloides naturais do ópio</b>		
MORFINA 10 MG/ML (POR AMPOLA DE 1 ML)	R52.1 Dor crônica intratável	
	R52.2 Outra dor crônica	
<b>Forma Organização: 06 - Alimentos dietéticos isentos de fenilalanina*</b>		
COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILCETONURICO MAIOR DE 1 ANO - FORMULA DE AMINOÁCIDOS ISENTA DE FENILALANINA (POR GRAMA)	E70.0 Fenilcetonuria classica	<b>*DISTRIBUIÇÃO EXCLUSIVA PARA O IEDE</b>
COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILCETONURICO MENOR DE 1 ANO - FORMULA DE AMINOÁCIDOS ISENTA DE FENILALANINA (POR GRAMA)	E70.1 Outras hiperfenilalaninemias	
<b>Forma de Organização: 08 - Aminoquinolinas</b>		
HIDROXICLOROQUINA 400 MG (POR COMPRIMIDO)	L93.0 Lupus eritematoso discóide	
	L93.1 Lupus eritematoso cutâneo subagudo	
	M05.0 Sindr de Felty	
	M05.3 Artrite reumatoide c/compr outr org e sist	
	M05.8 Outr artrites reumatoides soro-positivas	
	M06.0 Artrite reumatoide soro-negativa	
	M06.8 Outr artrites reumatoides espec	
	M08.0 Artrite reumatoide juvenil	
	M32.1 LE dissem (sist) c/ comp de out orgaos e sistemas	
	M32.8 Outras formas de LE disseminado (sistêmico)	
	M33.0 Dermatomiosite juvenil	
M33.1 Outr dermatomiosites		
<b>Forma de Organização: 10 - Vasopressina e análogos</b>		
DESMOPRESSINA 0,1 MG/ML APLICACAO NASAL (POR FRASCO DE 2,5 ML)	E23.2 Diabetes insipido	
<b>Forma Organização: 11 - Análogos do hormônio liberador de gonadotrofina</b>		
GOSSERRELINA 3,60 MG INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	D25.0 Leiomioma submucoso do utero	
GOSSERRELINA 10,80 MG INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	D25.1 Leiomioma intramural do utero	
LEUPRORRELINA 3,75 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	D25.2 Leiomioma subseroso do utero	
	E22.8 Outr hiperfuncoes da hipofise	
	N80.0 Endometriose do utero	
	N80.1 Endometriose do ovario	
	N80.2 Endometriose da trompa de Falopio	



	N80.3 Endometriose do peritonio pelvico	
	N80.4 Endometriose do septo retovaginal e vagina	
	N80.5 Endometriose do intestino	
	N80.8 Outr endometriose	
<b>Forma Organização: 12 - Antiandrogênios</b>		
CIPROTERONA 50 MG (POR COMPRIMIDO)	E22.8 Outr hiperfuncoes da hipofise	
	E25.0 Transt adrenogen congen assoc defic enzimatic	
	E28.0 Excesso de estrogênio	
	E28.2 Sindr do ovario policistico	
	L68.0 Hirsutismo	
<b>Forma Organização: 13 - Anticolinesterases</b>		
DONEPEZILA 5 MG (POR COMPRIMIDO)	G30.0 Doenc de Alzheimer de inicio precoce	<b>Idade mínima: 40 anos</b>
DONEPEZILA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	G30.1 Doenc de Alzheimer de inicio tard	
GALANTAMINA 8 MG (POR CAPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)	G30.8 Outr form de doenc de Alzheimer	
GALANTAMINA 16 MG (POR CAPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)		
GALANTAMINA 24 MG (POR CAPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)		
RIVASTIGMINA 1,5 MG (POR CAPSULA)		
RIVASTIGMINA 3 MG (POR CAPSULA)		
RIVASTIGMINA 4,5 MG (POR CAPSULA)		
RIVASTIGMINA 6 MG (POR CAPSULA)		
RIVASTIGMINA 2,0 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (POR FRASCO DE 120 ML)		
<b>Forma Organização: 14 - Antigonadotrofinas e agentes similares</b>		
DANAZOL 100 MG (POR CAPSULA)	D69.3 Pupura Trombocitopenica Idiopática	
	D84.1 Defeitos no sist complemento	
	L93.0 Lupus eritematoso discóide	
	L93.1 Lupus eritematoso cutâneo subagudo	
	M32.1 LE dissemin (sist) c/ comp de out orgaos e sistemas	
	M32.8 Outras formas de LE disseminado (sistêmico)	
	N80.0 Endometriose do utero	
	N80.1 Endometriose do ovario	
	N80.2 Endometriose da trompa de Falopio	
	N80.3 Endometriose do peritonio pelvico	



	N80.4 Endometriose do septo retovaginal e vagina	
DANAZOL 100 MG (POR CAPSULA)	N80.5 Endometriose do intestino	
	N80.8 Outr endometriose	
	<b>Forma Organização: 19 - Derivados de ácidos graxos</b>	
VIGABATRINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	G40.0 Epilep sind epil idiop def loc cris inic foc	
	G40.1 Epilep sind epil sint def loc cris parc simp	
	G40.2 Epilep sind epil sint def loc cris parc comp	
	G40.3 Epilepsia e sindr epilepticas gener idiopat	
	G40.4 Outr epilepsias e sindr epilepticas gener	
	G40.5 Sindr epilepticas especiais	
	G40.6 Crise de grande mal NE	
	G40.7 Pequeno mal NE s/crises de grande mal	
G40.8 Outr epilepsias		
<b>Forma Organização: 20 - Derivados do adamanto</b>		
AMANTADINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	G20 Doenc de Parkinson	
<b>Forma Organização: 21 - Derivados do indol</b>		
ZIPRASIDONA 40 MG (POR CAPSULA)	F20.0 Esquizofrenia paranoide	
ZIPRASIDONA 80 MG (POR CAPSULA)	F20.1 Esquizofrenia hebefrenica	
	F20.2 Esquizofrenia catatonica	
	F20.3 Esquizofrenia indiferenciada	
	F20.4 Depressao pos-esquizofrenica	
	F20.5 Esquizofrenia residual	
	F20.6 Esquizofrenia simples	
	F20.8 Outr esquizofrenias	
<b>Forma Organização: 23 - Diazepinas, oxazepinas e tiazepinas</b>		
CLOZAPINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	F20.0 Esquizofrenia paranoide	
OLANZAPINA 5 MG (POR COMPRIMIDO)	F20.1 Esquizofrenia hebefrenica	
OLANZAPINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	F20.2 Esquizofrenia catatonica	
QUETIAPINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)	F20.3 Esquizofrenia indiferenciada	
QUETIAPINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	F20.4 Depressao pos-esquizofrenica	
QUETIAPINA 200 MG (POR COMPRIMIDO)	F20.5 Esquizofrenia residual	
	F20.6 Esquizofrenia simples	
	F20.8 Outr esquizofrenias	
<b>Forma Organização: 24 - Enzimas*</b>		
IMIGLUCERASE 200 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	E75.2 Outr esfingolipidoses	<b>*Distribuída apenas para o CR (Hemorio).</b>
TALIGLUCERASE ALFA 200 UI INJETÁVEL (POR FRASCO)		



<b>Forma Organização: 25 - Fatores de estimulação de colônias</b>		
FILGRASTIM 300 MCG INJETAVEL (POR FRASCO)	B17.1 Hepatite aguda C	
	B18.2 Hepatite viral cronica C	
	B20.0 Doenc p/HIV result em infecc micobacterianas	
FILGRASTIM 300 MCG INJETAVEL (POR FRASCO)	B20.1 Doenc p/HIV result outr infecc bacter	
	B20.2 Doenc p/HIV result em doenc citomegalica	
	B20.3 Doenc p/HIV result em outr infecc virais	
	B20.4 Doenc p/HIV result em candidiase	
	B20.5 Doenc p/HIV result em outr micoses	
	B20.6 Doenc p/HIV result pneumonia p/P.carinii	
	B20.7 Doenc p/HIV result em infecc mult	
	B20.8 Doenc p/HIV result outr doenc infecc parasit	
	B20.9 Doenc p/HIV result doenc infecc parasit NE	
	B22.0 Doenc p/HIV result em encefalopatia	
	B22.1 Doenc p/HIV result pneumonite interst linfat	
	B22.2 Doenc p/HIV result em sindr de emaciacao	
	B22.7 Doenc p/HIV result em doenc mult COP	
	B23.0 Sindr de infecc aguda p/HIV	
	B23.1 Doenc p/HIV result linfadenopatias generaliz	
	B23.2 Doenc p/HIV result anom hemat imunolog NCOP	
	B23.8 Doenc p/HIV result em outr afeccoes espec	
	B24 Doenc p/HIV NE	
	D46.0 Anemia refratária sem sideroblastos	
	D46.1 Anemia refratária com sideroblastos	
	D46.7 Outras síndromes mielodisplásicas	
	D61.0 Anemia aplastica constitucional	
	D61.1 Anemia aplastica induz p/drogas	
	D61.2 Anemia aplastica dev outr agentes externos	
	D61.3 Anemia aplastica idiopatica	
	D61.8 Outr anemias aplasticas espec	
D70 Agranulocitose		
Z94.8 Outr orgaos e tec transplantados		
<b>Forma Organização: 26 - Ferro trivalente, preparações parenterais</b>		
SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO 100 MG INJETAVEL (POR FRASCO DE 5 ML)	D50.0 Anemia p/defic ferro secund perda de sangue	
	D50.8 Outr anemias p/defic de ferro	
	N18.0 Doenc renal em estadio final	
	N18.8 Outr insuf renal cronica	
<b>Forma Organização: 27 - Fibratos</b>		
BEZAFIBRATO 200 MG (POR DRÁGEA OU COMPRIMIDO)	E78.0 Hipercolesterolemia pura	
	E78.1 Hipergliceridemia pura	
	E78.2 Hiperlipidemia mista	
	E78.3 Hiperquilomicronemia	
	E78.4 Outr hiperlipidemias	
	E78.5 Hiperlipidemia NE	
E78.6 Defic de lipoproteínas		



BEZAFIBRATO 200 MG (POR DRÁGEA OU COMPRIMIDO)	E78.8 Outr distúrbios metabolismo de lipoproteínas	
<b>Forma Organização: 28 - Glicocorticóides</b>		
BUDESONIDA 200 MCG (POR CAPSULA INALANTE)	J44.8 Outras formas especificadas de DPOC	
	J45.0 Asma predom alérgica	
	J45.1 Asma não-alérgica	
	J45.8 Asma mista	
<b>Forma Organização: 29 - Somatostatina e análogos*</b>		
OCTREOTIDA LAR 20 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	E22.0 Acromegalia e gigantismo hipofisário	<b>*Distribuídas apenas para os CR: HUPE, HUCFF e IEDE</b>
OCTREOTIDA LAR 30 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)		
<b>Forma Organização: 30 - Imunoglobulinas específicas</b>		
IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 600 UI INJETAVEL (POR FRASCO)*	B16.0 Hepatite aguda B c/ agente Delta c/coma hepat	
IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 100 UI INJETAVEL (POR FRASCO)	B16.2 Hepatite aguda B s/ agente Delta c/coma hepat	
	B18.0 Hepatite viral crônica B c/ agente Delta	
	B18.1 Hepatite crônica viral B s/ agente Delta	
<b>78</b>		
IMUNOGLOBULINA HUMANA 5,0 G INJETAVEL (POR FRASCO)	B20.0 Doença p/HIV result em infecção micobacterianas	
	B20.1 Doença p/HIV result em outras infecções bacterianas	
	B20.2 Doença p/HIV result em doença citomegálica	
	B20.3 Doença p/HIV result em outras infecções virais	
	B20.4 Doença p/HIV result em candidíase	
	B20.5 Doença p/HIV result em outras micoses	
	B20.6 Doença p/HIV result em pneumonia p/P. carinii	
	B20.7 Doença p/HIV result em infecção múltipla	
	B20.8 Doença p/HIV result em outras doenças infecciosas parasitárias	
	B20.9 Doença p/HIV result em doença infecciosa parasitária NE	
	B22.0 Doença p/HIV result em encefalopatia	
	B22.1 Doença p/HIV result em pneumonite intersticial linfática	
	B22.2 Doença p/HIV result em síndrome de emaciação	
	B22.7 Doença p/HIV result em doença múltipla COP	
	B23.0 Síndrome de infecção aguda p/HIV	
	B23.1 Doença p/HIV result em linfadenopatias generalizadas	
	B23.2 Doença p/HIV result em anomalias hematológicas imunológicas NCOP	
	B23.8 Doença p/HIV result em outras afecções específicas	
	B24 Doença p/HIV NE	
	D59.0 Anemia hemolítica auto-imune induzida por droga	
D59.1 Outras anemias hemolíticas auto-imunes		
D60.0 Aplasia pura da série vermelha adquirida (eritroblastopenia)		



IMUNOGLOBULINA HUMANA 5,0 G INJETAVEL (POR FRASCO)	D69.3 Púrpura trombocitopênica idiopática	
	D80.0 Hipogamaglobulinemia hereditaria	
	D80.1 Hipogamaglobulinemia nao familiar	
	D80.3 Defic seletiva subclasses imunoglobulina G	
	D80.5 Imunodeficiencia c/aumento imunoglobulina M	
	D80.6 Def anticorp c/imunog prox norm ou c/hiperim	
	D80.7 Hipogamaglobulinemia transitoria da infancia	
	D80.8 Outr imunodef c/predom defeitos anticorpos	
	D81.0 Imunodef comb grave c/disgenesia reticular	
	D81.1 Imunodef comb grave c/num baixos celulas T B	
	D81.2 Imunodef comb grave c/num baix/norm celul B	
	D81.3 Defic de adenosina-deaminase	
	D81.4 Sindr de Nezelof	
	D81.5 Defic de purina-nucleosideo fosforilase	
	D81.6 Defic major classe I complexo histocompatib	
	D81.7 Defic major classe II complexo histocompatib	
	D81.8 Outr defic imunitarias combinadas	
	D82.0 Sindr de Wiskott-Aldrich	
	D82.1 Sindr de Di George	
	D83.0 Imunodef com var predom anorm num func cel B	
	D83.2 Imunodef comum var c/auto-anticorpos cel B/T	
	D83.8 Outr imunodeficiencias comuns variaveis	
	G61.0 Sindr de Guillain-Barre	
	G70.0 Miastenia gravis	
	M33.0 Dermatiosite juvenil	
	M33.1 Outr dermatiosites	
M33.2 Polimiosite		
T86.1 Falencia ou rejeicao de transplante de rim		
Z94.0 Rim transplantado		
<b>Forma Organização: 32 - Imunossuppressores seletivos</b>		
LEFLUNOMIDA 20 MG (POR COMPRIMIDO)	M05.0 Sindr de Felty	
	M05.3 Artrite reumatoide c/compr outr org e sist	
	M05.8 Outr artrites reumatoides soro-positivas	
	M06.0 Artrite reumatoide soro-negativa	
	M06.8 Outr artrites reumatoides espec	
	M07.0 Artropatia psoriásica interfalangiana distal	
	M07.3 Outras artropatias psoriásicas	
M08.0 Artrite reumatoide juvenil		



MICOFENOLATO DE SODIO 180 MG (POR COMPRIMIDO)	T86.1 Falencia ou rejeicao de transplante de rim	
MICOFENOLATO DE SODIO 360 MG (POR COMPRIMIDO)	T86.4 Falencia ou rejeição de transplante de fígado	
MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	Z94.0 Rim transplantado	
	Z94.1 Coracao transplantado	
	Z94.4 Fígado transplantado	
NATALIZUMABE 300MG (POR FRASCO AMPOLA)	G35 Esclerose Múltipla	<b>Idade mínima: 18 anos</b>
SIROLIMO 1 MG (POR DRAGEA)	T86.1 Falencia ou rejeicao de transplante de rim	
SIROLIMO 2 MG (POR DRAGEA)	Z94.0 Rim transplantado	
EVEROLIMO 0,75 MG (POR COMPRIMIDO)	T86.1 Falencia ou rejeicao de transplante de rim	
EVEROLIMO 0,5 MG (POR COMPRIMIDO)	Z94.0 Rim transplantado	
EVEROLIMO 1 MG (POR COMPRIMIDO)		
ABATACEPTE 250 MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA).	M05.0 Sindr de Felty	
	M05.3 Artrite reumatoide c/compr outr org e sist	
	M05.8 Outr artrites reumatoides soro-positivas	
	M06.0 Artrite reumatoide soro-negativa	
	M06.8 Outr artrites reumatoides espec	
	M08.0 Artrite reumatoide juvenil	
<b>Forma Organização: 33 - Inibidores da agregação plaquetária, excl. heparina</b>		
CLOPIDOGREL 75 MG (POR COMPRIMIDO)	I200 - Angina instável	
	I201 - Angina pectoris com espasmo documentado	
	I210 - Infarto agudo transmural da parede anterior do miocárdio	
	I211 - Infarto agudo transmural da parede inferior do miocárdio	
	I212 - Infarto agudo transmural do miocárdio de outras localizações	
	I213 - Infarto agudo transmural do miocárdio, de local não especificada	
	I214 - Infarto agudo subendocárdio do miocárdio	
	I219 - Infarto agudo do miocárdio não especificado	
	I220 - Infarto do miocárdio recorrente da parede anterior	
	I221 - Infarto do miocárdio recorrente da parede inferior	
	I228 - Infarto do miocárdio recorrente de outras localizações	
	I229 - Infarto do miocárdio recorrente de localização não especificada	
I230 - Hemopericárdio como complicação atual subsequente ao IAM		
CLOPIDOGREL 75 MG (POR	I231 - Comunicação interatrial como complicação	



COMPRIMIDO)	atual subseq ao IAM	
	I232 - Comunicação interventricular como complic atual subseq ao IAM	
	I233 - Ruptura da parede do coração s/ ocorr de hemoperic como complic atual subseq ao IAM	
	I234 - Ruptura de cordalhas tendíneas como complic atual subseq ao IAM	
	I235 - Ruptura de músculos papilares como complic atual subseq ao IAM	
	I236 - Trombose de átrio, aurícula e ventrículo como complic atual subseq ao IAM	
	I238 - Outras complic atuais subseq ao IAM	
	I240 - Trombose coronária que não resulta em infarto do miocárdio	
	I248 - Outras formas de doença isquêmica aguda do coração	
	I249 - Doença isquêmica aguda do coração não especificada	
<b>Forma Organização: 34 - Inibidores da calcineurina</b>		
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOLUCAO ORAL (POR FRASCO DE 50 ML)	D59.0 Anemia hemolitica auto-imune induz p/droga	
CICLOSPORINA 25 MG (POR CAPSULA)	D59.1 Outr anemias hemoliticas auto-imunes	
CICLOSPORINA 50 MG (POR CAPSULA)	D60.0 Aplasia pura adq cronica serie vermelha	
CICLOSPORINA 100 MG (POR CAPSULA)	D61.0 Anemia aplastica constitucional	
	D61.1 Anemia aplastica induz p/drogas	
	D61.2 Anemia aplastica dev outr agentes externos	
	D61.3 Anemia aplastica idiopatica	
	D61.8 Outr anemias aplasticas espec	
	G70.0 Miastenia gravis	
	H30.0 Inflam coriorretiniana focal	
	H30.1 Inflam corrorretiniana disseminada	
	H30.2 Ciclite posterior	
	H30.8 Outr inflam coriorretinianas	
	K50.0 Doenc de Crohn do intestino delgado	
	K50.1 Doenc de Crohn do intestino grosso	
	K50.8 Outr form de doenc de Crohn	
	K51.0 Enterocolite ulcerativa	
	K51.1 Ileocolite ulcerativa	
	K51.2 Proctite ulcerativa	
K51.3 Retossigmoidite ulcerativa		
K51.4 Pseudopolipose do colon		
K51.5 Proctocolite mucosa		
K51.8 Outr colites ulcerativas		
L40.0 Psorise vulgar		
L40.1 Psorise pustulosa generalizada		
CICLOSPORINA 100 MG (POR	L40.4 Psorise gutata	



CAPSULA)	L40.8 Outr form de psoríase	
	L93.0 Lupus eritematoso discóide	
	L93.1 Lupus eritematoso cutâneo subagudo	
	M05.1 Doenc reumatoide do pulmao	
	M05.2 Vasculite reumatoide	
	M07.0 Artropatia psoriásica interfalangiana distal	
	M07.3 Outras artropatias psoriásicas	
	M08.0 Artrite reumatoide juvenil	
	M32.1 Lupus eritematoso dissem compr outr org/sist	
	M32.8 Outras formas de LE disseminado (sistêmico)	
	M33.0 Dermatomiosite juvenil	
	M33.1 Outr dermatomiosites	
	M33.2 Polimiosite	
	N04.0 Anormalidade glomerular minor	
	N04.1 Lesoes glomerulares focais e segmentares	
	N04.2 Glomerulonefrite membranosa difusa	
	N04.3 Glomerulonefrite prolifer mesangial difusa	
	N04.4 Glomerulonefrite prolifer endocapilar difusa	
	N04.5 Glomerulonefrite mesangiocapilar difusa	
	N04.6 Doenc de deposito denso	
	N04.7 Glomerulonefrite difusa em crescente	
	N04.8 Síndrome nefrótica - outras	
	T86.1 Falencia ou rejeicao de transplante de rim	
	T86.4 Falencia ou rejeição de transplante de figado	
	Z94.0 Rim transplantado	
	Z94.1 Coracao transplantado	
	Z94.2 Pulmao transplantado	
	Z94.3 Coracao e pulmoes transplantados	
	Z94.4 Figado transplantado	
	Z94.8 Outr orgaos e tec transplantados	
TACROLIMO 1 MG (POR CAPSULA)	N04.0 Anormalidade glomerular minor	
TACROLIMO 5 MG (POR CAPSULA)	N04.1 Lesoes glomerulares focais e segmentares	
	N04.2 Glomerulonefrite membranosa difusa	
	N04.3 Glomerulonefrite prolifer mesangial difusa	
	N04.4 Glomerulonefrite prolifer endocapilar difusa	
	N04.5 Glomerulonefrite mesangiocapilar difusa	
	N04.6 Doenc de deposito denso	
	N04.7 Glomerulonefrite difusa em crescente	
	N04.8 Síndrome nefrótica - outras	
	T86.1 Falencia ou rejeicao de transplante de rim	
	T86.4 Falencia ou rejeicao de transplante de fiado	
	Z94.0 Rim transplantado	
Z94.4 Figado transplantado		
<b>Forma Organização: 35 - Inibidores da fosfodiesterase</b>		



SILDENAFILA 20 MG (POR COMPRIMIDO)	I27.0 Hipertensão pulmonar primária	
	I27.2 Outra hipertensão pulmonar secundária	
	I27.8 Outras doenças pulmonares do coração especificadas	
<b>Forma Organização: 36 - Inibidores da HMG-CoA redutase</b>		
ATORVASTATINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	E78.0 Hipercolesterolemia pura	
ATORVASTATINA 20 MG (POR COMPRIMIDO)	E78.1 Hipertrigliceridemia pura	
PRAVASTATINA 20MG (POR COMPRIMIDO)	E78.2 Hiperlipidemia mista	
	E78.3 Hiperquilomicronemia	
	E78.4 Outr hiperlipidemias	
	E78.5 Hiperlipidemia NE	
	E78.6 Defic de lipoproteinas	
	E78.8 Outr disturbios metabolismo de lipoproteinas	
<b>Forma Organização: 37 - Inibidores da monoamino oxidase tipo b</b>		
SELEGILINA 5 MG (COMPRIMIDO)	G20 Doenc de Parkinson	
<b>Forma Organização: 38 - Inibidores do fator de necrose tumoral alfa (TNF-a)</b>		
INFLIXIMABE 10 MG/ML INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA COM 10 ML)	K50.0 Doenc de Crohn do intestino delgado	
	K50.1 Doenc de Crohn do intestino grosso	
	K50.8 Outr form de doenc de Crohn	
	M07.0 Artropatia psoriásica interfalangiana distal	
	M07.3 Outras artropatias psoriásicas	
	M45 Espondilite ancilosante	
	M46.8 Outras espondilopatias inflamatórias especificadas	
INFLIXIMABE 10 MG/ML INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA COM 10 ML)	M05.0 Sindr de Felty	
	M05.3 Artrite reumatoide c/compr outr org e sist	
	M05.8 Outr artrites reumatoides soro-positivas	
	M06.0 Artrite reumatoide soro-negativa	
	M06.8 Outr artrites reumatoides espec	
	M08.0 Artrite reumatoide juvenil	
ADALIMUMABE 40 MG INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	M05.0 Sindr de Felty	
	M05.3 Artrite reumatoide c/compr outr org e sist	
	M05.8 Outr artrites reumatoides soro-positivas	
	M06.0 Artrite reumatoide soro-negativa	
	M06.8 Outr artrites reumatoides espec	
	M07.0 Artropatia psoriásica interfalangiana distal	
	M07.3 Outras artropatias psoriásicas	
	M08.0 Artrite reumatoide juvenil	
	M45 Espondilite ancilosante	
	M46.8 Outras espondilopatias inflamatórias especificadas	
	K50.0 Doenc de Crohn do intestino delgado	<b>Idade mínima: 18 anos</b>
	K50.1 Doenc de Crohn do intestino grosso	
	K50.8 Outr form de doenc de Crohn	
ETANERCEPTE 25 MG INJETAVEL (FRASCO-AMPOLA)	M05.0 Sindr de Felty	
ETANERCEPTE 50 MG	M05.3 Artrite reumatoide c/compr outr org e sist	



INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA)	M05.8 Outr artrites reumatoides soro-positivas	
	M06.0 Artrite reumatoide soro-negativa	
	M06.8 Outr artrites reumatoides espec	
	M07.0 Artropatia psoriásica interfalangiana distal	
	M07.3 Outras artropatias psoriásicas	
	M08.0 Artrite reumatoide juvenil	
	M45 Espondilite ancilosante	
	M46.8 Outras espondilopatias inflamatórias especificadas	
CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	M05.0 Sindr de Felty	<b>Idade mínima: 18 anos</b>
	M05.3 Artrite reumatoide c/compr outr org e sist	
	M05.8 Outr artrites reumatoides soro-positivas	
	M06.0 Artrite reumatoide soro-negativa	
	M06.8 Outr artrites reumatoides espec	
GOLIMUMABE 50 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	M05.0 Sindr de Felty	<b>Idade mínima: 18 anos</b>
	M05.3 Artrite reumatoide c/compr outr org e sist	
	M05.8 Outr artrites reumatoides soro-positivas	
	M06.0 Artrite reumatoide soro-negativa	
	M06.8 Outr artrites reumatoides espec	
<b>Forma Organização: 39 - Interferonas</b>		
ALFAINTERFERONA 2B 3.000.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	B17.1 Hepatite aguda C	
	B18.0 Hepatite viral cronica B c/agente Delta	
	B18.1 Hepatite cronica viral B s/agente Delta	
	B18.2 Hepatite viral cronica C	
	D18.0 Hemangioma de qualquer localiz	
ALFAINTERFERONA 2B 5.000.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	B17.1 Hepatite aguda C	
	B18.0 Hepatite viral cronica B c/agente Delta	
	B18.1 Hepatite cronica viral B s/agente Delta	
	D18.0 Hemangioma de qualquer localiz	
ALFAINTERFERONA 2B 10.000.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	B18.0 Hepatite viral cronica B c/agente Delta	
	B18.1 Hepatite cronica viral B s/agente Delta	
	D18.0 Hemangioma de qualquer localiz	
ALFAPEGINTERFERONA 2A 180MCG (POR SERINGA PREENCHIDA)	B17.1 Hepatite aguda C	
ALFAPEGINTERFERONA 2B 80MCG (POR FRASCO-AMPOLA)	B18.0 Hepatite viral cronica B c/agente Delta	
ALFAPEGINTERFERONA 2B 100MCG (POR FRASCO-AMPOLA)	B18.2 Hepatite viral cronica C	
ALFAPEGINTERFERONA 2B 120MCG (POR FRASCO-AMPOLA)		
BETAINTERFERONA 1A	G35 Esclerose multipla	



6.000.000 UI (22 MCG) INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)		
BETAINTERFERONA 1A 12.000.000 UI (44 MCG) INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)		
BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (30 MCG) INJETAVEL (POR FRASCO- AMPOLA, SERINGA OU CANETA PREENCHIDA)		
BETAINTERFERONA 1B 9.600.000 UI (300MCG) INJETAVEL (POR FRASCO- AMPOLA)		
<b>Forma Organização: 40 - Medicamentos para tratamento da hipercalemia e hiperfosfatemia</b>		
SEVELAMER 800 MG (POR COMPRIMIDO)	E83.3 Distúrbios do metabolismo do fósforo	<b>Idade mínima: 18 anos</b>
	N18.0 Doença renal em estágio final	
<b>Forma Organização: 42 - Mineralocorticóides</b>		
FLUDROCORTISONA 0,1 MG (POR COMPRIMIDO)	E25.0 Transt. adrenogen. congênico assoc. def. enzimático	
	E27.1 Insuficiência adrenocortical primária	
	E27.4 Outras insuficiências adrenocorticais e as não especificadas	
<b>Forma Organização: 43 - Modulador seletivo de receptor de estrogênio</b>		
RALOXIFENO 60 MG (POR COMPRIMIDO)	M80.0 Osteoporose pós-menopausa c/frat. patológica	
	M80.1 Osteoporose pós-ooforectomia c/frat. patológica	
	M80.2 Osteoporose de desuso c/frat. patológica	
	M80.3 Osteoporose má-absorção pós-cirurgia c/frat. patológica	
	M80.4 Osteoporose induzida por drogas c/frat. patológica	
	M80.5 Osteoporose idiopática c/frat. patológica	
	M80.8 Outras osteoporoses c/frat. patológica	
	M81.0 Osteoporose pós-menopausa	
	M81.1 Osteoporose pós-ooforectomia	
	M81.2 Osteoporose de desuso	
	M81.3 Osteoporose de má-absorção pós-cirúrgica	
	M81.4 Osteoporose induzida por drogas	
	M81.5 Osteoporose idiopática	
	M81.6 Osteoporose localizada	
	M81.8 Outras osteoporoses	
M82.0 Osteoporose na mielomatose múltipla		
M82.1 Osteoporose em distúrbios endócrinos		
M82.8 Osteoporose em outras doenças COP		
<b>Forma Organização: 44 - Mucolíticos*</b>		



ALFADORNASE 2,5 MG (POR AMPOLA)	E84.0 Fibrose cística c/manifestações pulmonares	<b>*Distribuídas apenas para os CR: HUPE e IFF</b>
	E84.8 Fibrose cística c/outras manifestações	
<b>Forma Organização: 45 - Nucleosídeo e nucleotídeo (excl. inibidores da transcriptase reversa)</b>		
RIBAVIRINA 250 MG (POR CAPSULA)	B18.2 Hepatite viral crônica C	
	B17.1 Hepatite aguda C	
<b>Forma Organização: 46 - Nucleosídeo e nucleotídeo, Inibidor da transcriptase reversa</b>		
LAMIVUDINA 10 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (FRASCO DE 240 ML)	B16.0 Hepatite aguda B c/ agente Delta c/coma hepat	
LAMIVUDINA 150 MG (POR COMPRIMIDO)	B16.2 Hepatite aguda B s/ agente Delta c/coma hepat	
	B18.0 Hepatite viral crônica B c/ agente Delta	
	B18.1 Hepatite crônica viral B s/ agente Delta	
ADEFOVIR 10 MG (POR COMPRIMIDO)	B18.1 Hepatite crônica viral B s/ agente Delta	<b>Idade mínima: 13 anos</b>
TENOFOVIR 300 MG (POR COMPRIMIDO)		
ENTECAVIR 0,5 MG (POR COMPRIMIDO)		
ENTECAVIR 1,0 MG (POR COMPRIMIDO)		
<b>Forma de Organização: 47 - Outras preparações antianêmicas</b>		
ALFAEPOETINA 4.000 UI INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	N18.0 Doença renal em estágio final	
	N18.8 Outra insuficiência renal crônica	
	Z94.8 Outros órgãos e tecidos transplantados	
ALFAEPOETINA 10.000 UI INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	B17.1 Hepatite aguda C	
	B18.2 Hepatite viral crônica C	
	N18.0 Doença renal em estágio final	
	N18.8 Outra insuficiência renal crônica	
	Z94.8 Outros órgãos e tecidos transplantados	
<b>Forma Organização: 48 - Outros agentes citotóxicos</b>		
HIDROXIUREIA 500 MG (POR CAPSULA)*	D56.1 Talassemia beta	<b>*Analisado pela Hemorrede / Hemório</b>
	D56.8 Outras talassemias	
	D57.0 Anemia falciforme c/ crise	
	D57.1 Anemia falciforme s/ crise	
	D57.2 Transtornos falciformes heterocigóticos duplos	
<b>Forma Organização: 49 - Outros agentes dopaminérgicos</b>		
TOLCAPONA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	G20 Doença de Parkinson	
ENTACAPONA 200 MG (POR COMPRIMIDO)		
<b>Forma Organização: 50 - Outros anti-epiléticos</b>		
GABAPENTINA 300 MG (POR CAPSULA)*	G40.0 Epilepsia sintomática idiopática focal crônica inicial	<b>*Idade mínima: 03 anos</b>
GABAPENTINA 400 MG (POR	G40.1 Epilepsia sintomática focal parcial simples	<b>*Idade</b>



CAPSULA)*	G40.2 Epilep sind epil sint def loc cris parc comp	<b>mínima: 03 anos</b>
	G40.3 Epilepsia e sindr epilepticas gener idiopat	
	G40.4 Outr epilepsias e sindr epilepticas gener	
	G40.5 Sindr epilepticas especiais	
	G40.6 Crise de grande mal NE	
	G40.7 Pequeno mal NE s/crisas de grande mal	
	G40.8 Outr epilepsias	
	R52.1 Dor crônica intratável	
	R52.2 Outra dor crônica	
LAMOTRIGINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)*	G40.0 Epilep sind epil idiop def loc cris inic foc	<b>*Idade mínima: 02 anos</b>
TOPIRAMATO 25 MG (POR COMPRIMIDO)	G40.1 Epilep sind epil sint def loc cris parc simp	
TOPIRAMATO 50 MG (POR COMPRIMIDO)	G40.2 Epilep sind epil sint def loc cris parc comp	
TOPIRAMATO 100 MG (POR COMPRIMIDO)	G40.3 Epilepsia e sindr epilepticas gener idiopat	
	G40.4 Outr epilepsias e sindr epilepticas gener	
	G40.5 Sindr epilepticas especiais	
	G40.6 Crise de grande mal NE	
	G40.7 Pequeno mal NE s/crisas de grande mal	
	G40.8 Outr epilepsias	
<b>Forma Organização: 51 - Outros antipsicóticos</b>		
RISPERIDONA 1 MG (POR COMPRIMIDO)	F20.0 Esquizofrenia paranoide	
RISPERIDONA 2 MG (POR COMPRIMIDO)	F20.1 Esquizofrenia hebefrenica	
	F20.2 Esquizofrenia catatonica	
	F20.3 Esquizofrenia indiferenciada	
	F20.4 Depressao pos-esquizofrenica	
	F20.5 Esquizofrenia residual	
	F20.6 Esquizofrenia simples	
	F20.8 Outr esquizofrenias	
<b>Forma Organização: 52 - Outros imunoestimulantes</b>		
GLATIRAMER 20 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA OU SERINGA )	G35 Esclerose multipla	
<b>Forma Organização: 53 - Outros imunossupressores</b>		
AZATIOPRINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)	D61.0 Anemia aplastica constitucional	
	D69.3 Purpura trombocitopenica idiopática	
	G35 Esclerose multipla	
	G70.0 Miastenia gravis	
	H30.0 Inflam coriorretiniana focal	
	H30.1 Inflam corrorretiniana disseminada	
	H30.2 Ciclite posterior	
	H30.8 Outr inflam coriorretinianas	
	K50.0 Doenc de Crohn do intestino delgado	
	K50.1 Doenc de Crohn do intestino grosso	
	K50.8 Outr form de doenc de Crohn	
AZATIOPRINA 50 MG (POR	K51.0 Enterocolite ulcerativa	



COMPRIMIDO)	K51.1 Ileocolite ulcerativa	
	K51.2 Proctite ulcerativa	
	K51.3 Retossigmoidite ulcerativa	
	K51.4 Pseudopolipose do colon	
	K51.5 Proctocolite mucosa	
	K51.8 Outr colites ulcerativas	
	K75.4 Hepatite autoimune	
	L93.0 Lupus eritematoso discóide	
	L93.1 Lupus eritematoso cutâneo subagudo	
	M05.1 Doenc reumatoide do pulmao	
	M05.2 Vasculite reumatoide	
	M08.0 Artrite reumatoide juvenil	
	M32.1 Lupus eritematoso dissem compr outr org/sist	
	M32.8 Outras formas de LE disseminado (sistêmico)	
	M33.0 Dermatmiosite juvenil	
	M33.1 Outr dermatmiosites	
	M33.2 Polimiosite	
	M34.0 Esclerose sistemica progressiva	
	M34.1 Sindr CREST	
	M34.8 Outr form de esclerose sistemica	
	T86.1 Falencia ou rejeicao de transplante de rim	
	T86.4 Falencia ou rejeicao de transplante de fíado	
	Z94.0 Rim transplantado	
	Z94.1 Coracao transplantado	
	Z94.2 Pulmao transplantado	
	Z94.3 Coracao e pulmoeos transplantados	
	Z94.4 Fígado transplantado	
	Z94.8 Outr orgaos e tec transplantados	
METOTREXATO 25 MG/ML INJETAVEL (POR AMPOLA DE 2 ML)	K50.0 Doenc de Crohn do intestino delgado	
	K50.1 Doenc de Crohn do intestino grosso	
	K50.8 Outr form de doenc de Crohn	
	L40.0 Psoriase vulgar	
	L40.1 Psoriase pustulosa generalizada	
	L40.4 Psoriase gutata	
	L40.8 Outr form de psoriase	
	L93.0 Lupus eritematoso discóide	
	L93.1 Lupus eritematoso cutâneo subagudo	
	M05.0 Sindr de Felty	
	M05.3 Artrite reumatoide c/compr outr org e sist	
	M05.8 Outr artrites reumatoides soro-positivas	
	M06.0 Artrite reumatoide soro-negativa	
	M06.8 Outr artrites reumatoides espec	
	M07.0 Artropatia psoriásica interfalangiana distal	
	M07.3 Outras artropatias psoriásicas	
	M08.0 Artrite reumatoide juvenil	
M32.1 Lupus eritematoso dissem compr outr org/sist		
M32.8 Outras formas de LE disseminado (sistêmico)		
METOTREXATO 25 MG/ML	M33.0 Dermatmiosite juvenil	



INJETAVEL (POR AMPOLA DE 2 ML)	M33.1 Outr dermatomiosites	
	M33.2 Polimiosite	
	M34.0 Esclerose sistematica progressiva	
	M34.1 Sindr CREST	
	M34.8 Outr form de esclerose sistematica	
	M45 Espondilite ancilosante	
	M46.8 Outr espondilopatias inflam espec	
METOTREXATO 2,5 MG (POR COMPRIMIDO)	L40.0 Psorise vulgar	
	L40.1 Psorise pustulosa generalizada	
	L40.4 Psorise gutata	
	L40.8 Outr form de psorise	
	L93.0 Lupus eritematoso discóide	
	L93.1 Lupus eritematoso cutâneo subagudo	
	M05.0 Sindr de Felty	
	M05.3 Artrite reumatoide c/compr outr org e sist	
	M05.8 Outr artrites reumatoides soro-positivas	
	M06.0 Artrite reumatoide soro-negativa	
	M06.8 Outr artrites reumatoides espec	
	M07.0 Artropatia psoriásica interfalangiana distal	
	M07.3 Outras artropatias psoriásicas	
	M08.0 Artrite reumatoide juvenil	
	M32.1 Lupus eritematoso dissem compr outr org/sist	
	M32.8 Outras formas de LE disseminado (sistêmico)	
	M33.0 Dermatomiosite juvenil	
	M33.1 Outr dermatomiosites	
	M33.2 Polimiosite	
	M34.0 Esclerose sistematica progressiva	
M34.1 Sindr CREST		
M34.8 Outr form de esclerose sistematica		
M45 Espondilite ancilosante		
M46.8 Outr espondilopatias inflam espec		
<b>Forma Organização: 54 - Outros medicamentos do sistema nervoso</b>		
RILUZOL 50 MG (POR COMPRIMIDO)	G12.2 Doenc do neuronio motor	
<b>Forma Organização: 55 - Outros relaxantes musculares de ação periférica</b>		
TOXINA BOTULINICA TIPO A 100 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	G04.1 Paraplegia espástica tropical	
TOXINA BOTULINICA TIPO A 500 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	G24.0 Distonia induz p/drogas	
	G24.1 Distonia familiar idiopatica	
	G24.2 Distonia nao-familiar idiopatica	
	G24.3 Torcicolo espasmodico	
	G24.4 Distonia orofacial idiopatica	
	G24.5 Blefaroespasm	
	G24.8 Outr distonias	
	G51.8 Outros transtornos do nervo facial	
G80.0 Paralisia cerebral espastica		
TOXINA BOTULINICA TIPO A	G80.1 Diplegia espastica	



500 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	G80.2 Paralisia cerebral hemiplégica espástica	
	G81.1 Hemiplegia espastica	
	G82.1 Paraplegia espastica	
	G82.4 Tetraplegia espastica	
	I69.0 Sequelas de hemorragia subaracnoídea	
	I69.1 Sequelas de hemorragia intracerebral	
	I69.2 Sequelas outr hemorrag intracran nao traum	
	I69.3 Sequelas de infarto cerebral	
	I69.4 Sequelas acid vasc cerebr NE c/hemorr isquem	
	I69.8 Sequelas outr doenc cerebrovasculares e NE	
	T90.5 Sequelas de traum intracraniano	
T90.8 Sequelas de outr traum espec da cabeca		
<b>Forma Organização: 56 - Penicilamina e agentes similares</b>		
PENICILAMINA 250 MG (POR CAPSULA)	E83.0 Disturbios do metabolismo do cobre	
	M34.0 Esclerose sistematica progressiva	
	M34.1 Sindr CREST	
	M34.8 Outr form de esclerose sistematica	
<b>Forma Organização: 57 - Preparações de calcitonina</b>		
CALCITONINA 200 UI/DOSE SPRAY NASAL (POR FRASCO)	M80.0 Osteoporose pos-menopausica c/frat patolog	
	M80.1 Osteoporose pos-ooforectomia c/frat patolog	
	M80.2 Osteoporose de desuso c/frat patologica	
	M80.3 Osteoporose ma-absorc pos-cirurg frat patol	
	M80.4 Osteoporose induz p/drogas c/frat patologica	
	M80.5 Osteoporose idiopatica c/frat patologica	
	M80.8 Outr osteoporoses c/frat patologica	
	M81.0 Osteoporose pos-menopausica	
	M81.1 Osteoporose pos-ooforectomia	
	M81.2 Osteoporose de desuso	
	M81.3 Osteoporose dev ma-absorcao pos-cirurgica	
	M81.4 Osteoporose induz p/drogas	
	M81.5 Osteoporose idiopatica	
	M81.6 Osteoporose localizada	
	M81.8 Outr osteoporoses	
	M82.0 Osteoporose na mielomatose mult	
	M82.1 Osteoporose em disturbios endocri nos	
	M82.8 Osteoporose em outr doenc COP	
M88.0 Doenc de Paget do cranio		
M88.8 Doenc de Paget de outr ossos		
<b>Forma Organização: 58 - Preparações de enzimas</b>		
PANCREATINA 10.000 UI (POR CAPSULA)	E84.1 Fibrose cistica c/manifestacoes intestinais	<b>*Distribuídas apenas para os CR: HUPE e IFF</b>
PANCREATINA 25000 UI (POR CAPSULA)	E84.8 Fibrose cistica c/outr manifestacoes	
	K86.0 Pancreatite cronica induz p/alcool	
	K86.1 Outr pancreatites cronicas	
	K90.3 Esteatorreia pancreatica	



<b>Forma Organização: 59 - Retinóides para tratamento da acne</b>		
ISOTRETINOINA 10 MG (POR CAPSULA)	L70.0 Acne vulgar	
	L70.1 Acne conglobata	
	L70.8 Outr form de acne	
<b>Forma Organização: 60 - Retinóides para tratamento da psoríase</b>		
ACITRETINA 10 MG (POR CAPSULA)	L40.0 Psoríase vulgar	
	L40.1 Psoríase pustulosa generalizada	
	L40.4 Psoríase gutata	
	L40.8 Outr form de psoríase	
	L44.0 Pitiríase rubra pilar	
	Q80.0 Ictiose vulgar	
	Q80.1 Ictiose ligada ao cromossomo X	
	Q80.2 Ictiose lamelar	
	Q80.3 Eritrodermia ictiosiforme bulhosa congen	
	Q80.8 Outr ictioses congen	
Q82.8 Outr malformacoes congen espec da pele		
<b>Forma Organização: 61 - Somatropina e agonistas da somatropina</b>		
SOMATROPINA 4 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	E23.0 Hipopituitarismo	
SOMATROPINA 12 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	Q96.0 Cariotipo 45 X	
	Q96.1 Cariotipo 46 X isso	
	Q96.2 Cariotipo 46 X cromoss sex anorm salvo isso	
	Q96.3 Mosaicismo cromossomico 45 X/46 XX ou XY	
	Q96.4 Mosaic crom 45 X/out linh cel crom sex anorm	
Q96.8 Outr variantes da sindr de Turner		
<b>Forma de Organização: 62 - Vitamina D e análogos, incluindo combinações dos dois</b>		
CALCITRIOL 0,25 MCG (POR CAPSULA)	E20.0 Hipoparatiroidismo idiopatico	
	E20.1 Pseudohipoparatiroidismo	
	E20.8 Outr hipoparatiroidismo	
	E55.0 Raquitismo ativo	
	E55.9 Defic NE de vitamina D	
	E64.3 Sequelas do raquitismo	
	E83.3 Distúrbios do metabolismo do fosforo	
	E89.2 Hipoparatiroidismo pos-proced	
	M80.5 Osteoporose idiopatica c/frat patologica	
	M81.5 Osteoporose idiopatica	
	M83.0 Osteomalacia puerperal	
	M83.1 Osteomalacia senil	
	M83.2 Osteomalacia do adulto dev ma-absorcao	
	M83.3 Osteomalacia do adulto dev desnutric	
	M83.8 Outr osteomalacia do adulto	
	N18.0 Doenc renal em estadio final	
	N18.8 Outr insuf renal cronica	
CALCITRIOL 1,0 MCG INJETAVEL (POR AMPOLA)	N25.0 Osteodistrofia renal	
	N25.8 Outr transt result func renal tubular alter	
	N18.0 Doenc renal em estadio final	
	N18.8 Outr insuf renal cronica	
	N25.0 Osteodistrofia renal	



CALCITRIOL 1,0 MCG INJETAVEL (POR AMPOLA)	N25.8 Outr transt result func renal tubular alter	
<b>Forma de Organização: 64 - Inibidores de protease</b>		
BOCEPREVIR 200 MG (POR CÁPSULA)*	B18.2	<b>Idade mínima: 18 anos</b>
TELAPREVIR 375 MG (POR COMPRIMIDO)*	<b>*DISTRIBUÍDOS EM CR E POLOS ESPECÍFICOS</b>	
<b>Forma Organização: 68 - Anticorpos Monoclonais</b>		
RITUXIMABE 500 MG INJETÁVEL (POR FRASCO DE 50 ML)	M05.0 Sindr de Felty	<b>Idade mínima: 18 anos</b>
	M05.3 Artrite reumatoide c/compr outr org e sist	
	M05.8 Outr artrites reumatoides soro-positivas	
	M06.0 Artrite reumatoide soro-negativa	
	M06.8 Outr artrites reumatoides espec	
<b>Forma Organização: 69 - Inibidores de Interleucinas</b>		
TOCILIZUMABE 20 MG/ML INJETAVEL (POR FRASCO AMPOLA DE 4 ML)	M05.0 Sindr de Felty	<b>*indicado de acordo com os critérios definidos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas vigente. Apenas no caso da artrite reumatoide juvenil (CID M08.0) poderá ser registrado quantidade superior a 10 (dez).</b>
	M05.3 Artrite reumatoide c/compr outr org e sist	
	M05.8 Outr artrites reumatoides soro-positivas	
	M06.0 Artrite reumatoide soro-negativa	
	M06.8 Outr artrites reumatoides espec	
TOCILIZUMABE 20 MG/ML INJETAVEL (POR FRASCO AMPOLA DE 4 ML)	M08.0 Artrite Reumatóide Juvenil*	
<b>Forma Organização: 70 - Outros antipsoriáticos de uso tópico</b>		
CALCIPOTRIOL 50 MCG/G POMADA (POR BISNAGA DE 30 G)	L40.0 Psoríase vulgar	
	L40.1 Psoríase pustulosa generalizada	
	L40.4 Psoríase gutata	
	L40.8 Outr form de psoríase	



## RECOMENDAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO



1ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Cordeiro

PA 26/2019

RECOMENDAÇÃO Nº 09/2019

**CONSIDERANDO** que, para o exercício da função institucional, o **artigo 129, inciso II, a Lei n.º 8.625/1993** estabelece caber ao Ministério Público expedir recomendações;

**CONSIDERANDO** o disposto no artigo 27, parágrafo único, inciso IV, da Lei nº 8.625/93 (Lei Orgânica Nacional do Ministério Público);

**CONSIDERANDO** que a Lei Complementar n.º 75/1993 estabeleceu, em seu artigo 6º, inciso XX, caber ao Ministério Público da União expedir recomendações, visando à melhoria dos serviços públicos e de relevância pública, bem como ao respeito, aos interesses, direitos e bens cuja defesa lhe cabe promover, fixando prazo razoável para a adoção das providências cabíveis, **disposição que é extensível ao Ministério Público dos Estados por força do artigo 80, da Lei n.º 8.625/93;**

**CONSIDERANDO** o disposto no artigo 34, inciso IX, da Lei Complementar Estadual nº 106/03 (Lei Orgânica do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro);

**CONSIDERANDO** o disposto nos artigos 51 a 61, da Resolução GPGJ nº 2.227/2018 e a Resolução nº 164/17, do CNMP;

**CONSIDERANDO** que a Constituição da República inclui dentre as funções institucionais do Ministério Público a de zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia (artigo 129, inciso II);

**CONSIDERANDO** que o interesse na prestação de serviços públicos de saúde é difuso;

Rua Moacyr Lapaletti Lelido, 53, 2º andar, Centro - Cordeiro/RJ

Página 1 de 4



1ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Cordeiro

**CONSIDERANDO** o disposto nos artigos 196 e 198, inciso II, ambos da CRFB/88, que aludem ao dever do Estado de prestar serviço de saúde universal, igualitário e integral;

**CONSIDERANDO** que, embora o Sistema Único de Saúde seja um sistema universal, que se propõe a garantir a todos os cidadãos acesso a ações e serviços públicos de saúde nos três níveis de atenção, é necessário que se tenha em conta que há uma limitação de recursos públicos para cumprir tais objetivos;

**CONSIDERANDO** que a incorporação de novas tecnologias ao SUS, inclusive no campo dos medicamentos, precisa ter em conta o custo efetividade como forma de garantir a viabilidade do sistema;

**CONSIDERANDO** que o orçamento de que os entes públicos dispõem para a saúde precisa comportar gastos com diversas ações e serviços públicos de saúde e não apenas com a assistência farmacêutica;

**CONSIDERANDO** o disposto na Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que estabelece a Política Nacional de Medicamentos e na Resolução nº 338/CNS/MS, de 06 de maio de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica;

**CONSIDERANDO** a necessidade de compatibilizar o disposto nos artigos artigo 6º, inciso I e 19-M da Lei 8.080/1990 ao Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011;

**CONSIDERANDO** que os entes públicos têm responsabilidades específicas no que se refere ao fornecimento, à distribuição e à dispensação de medicamentos, conforme as relações instituídas nos três níveis de gestão e pactuações realizadas nas respectivas comissões intergestores do SUS;

**CONSIDERANDO** que os medicamentos que integram a assistência farmacêutica estão organizados em componentes (básico, estratégico e especializado), e

Rua Moacyr Lapaert Leirão, 53, 2º andar, Centro Cordeiro/RJ

Página 2 de 4



1ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Cordeiro

que o financiamento destes pode ser bipartite ou tripartite, independentemente do ente público responsável pela aquisição, distribuição ou dispensação;

**CONSIDERANDO** que a judicialização no campo de medicamentos aumentou muito nos últimos anos e vem gerando um grande impacto nos orçamentos dos entes públicos, especialmente dos municípios;

**CONSIDERANDO** que o poder judiciário necessita de instrumentos técnicos para compatibilizar as suas decisões ao que foi estabelecido no tema 106 do STJ;

**CONSIDERANDO** que, segundo a tese firmada no referido julgado, para a concessão de medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS, além da incapacidade financeira do postulante e do registro na ANVISA para o uso pretendido, é obrigatória a existência no processo judicial de laudo fundamentado e circunstanciado, expedido por médico que assiste o paciente, o qual ateste a imprescindibilidade do medicamento e justifique a ineficácia dos fármacos fornecidos pelo SUS para o tratamento da moléstia;

**CONSIDERANDO** que os médicos da rede pública precisam ter um conhecimento mínimo acerca das normativas do SUS, em especial da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, de forma a poderem contribuir para que o município consiga executar as ações e serviços públicos de saúde de sua responsabilidade com o orçamento disponível;

o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, pelo Promotor de Justiça subscritor, com fulcro no art. 27, parágrafo único, IV da Lei nº 8.625/1993 e no art. 53 da Resolução GPGJ 2.227/2018,

#### RECOMENDA

ao **MUNICÍPIO DE CORDEIRO**, na pessoa do Exmo. Prefeito Municipal em exercício e do Secretário Municipal de Saúde;

Rua Moacyr Laport Leitão, 53, 2º andar, Centro - Cordeiro/RJ

Página 3 de 4



1ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva  
Núcleo Cordeiro

1 – Providencie a distribuição para todas as unidades da rede municipal de saúde de laudos/receituários médicos nos moldes do modelo ora apresentado pelo Ministério Público. Os laudos/receituários já impressos e disponíveis na rede de saúde poderão ser utilizados até que o estoque se esgote, desde que neles haja espaço para o médico lançar as informações que constam no modelo ora apresentado pelo Ministério Público;

2 - Promova a capacitação dos médicos da rede municipal, de modo que estes tenham a ciência de que as prescrições feitas em desacordo com as normas do SUS têm impacto no orçamento municipal e que passem a utilizar laudo médico nos moldes do modelo ora apresentado pelo Ministério Público;

3 - Determine aos servidores lotados na Central Municipal de Regulação que enviem à Secretaria de Saúde cópias dos laudos/receituários recebidos em desacordo com o modelo oficial adotado pelo município, a fim de que se possam apurar as razões pelas quais os profissionais não estão se valendo deste.

No prazo de 120 (cento e vinte) dias a contar do recebimento desta recomendação, os agentes públicos destinatários deverão enviar à sede desta Promotoria de Justiça a comprovação do cumprimento dos seus termos.

Cordeiro, 12 de setembro de 2019.



LUIZ FERNANDO RABELO  
Promotor de Justiça  
Mat. 3478



## Sugestões de laudo médico para solicitação de medicamentos não inseridos nas listagens oficiais



### Paciente

Nome :

Idade :

CNS :

Município:

1 Qual é o medicamento solicitado? (Deve ser informada a substância ativa.)

O medicamento solicitado tem registro na ANVISA?

( ) Sim ( ) Não

3 Qual a concentração, posologia e período do tratamento?

Concentração:

Posologia:

Período do tratamento:

4 Paciente utilizou algum medicamento anterior constantes das relações oficiais no SUS? Em caso positivo, informe a substância e duração do tratamento.

( ) Não

( ) Sim - Substância:

Tempo:

5 Justificativas da necessidade para a troca do farmaco fornecido pelo SUS.



### Assinaturas

Unidade de saúde

Médico solicitante

Município

Data e carimbo médico