



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOINHAS

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - REMUME 2024 – APROVADA PELO CMS EM 13/05/2024

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

No contexto do SUS, os medicamentos disponíveis para o tratamento ou agravamento são aqueles padronizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais/Ministério da Saúde (RENAME). No âmbito municipal, são padronizados através da REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais), na qual compete a todos os medicamentos utilizados pela atenção primária à saúde.

LEGISLAÇÕES, ATOS NORMATIVOS CONSULTADOS E REFERÊNCIAS

Portaria SVS 344/1998 e suas Atualizações.

PORTARIA Nº 491, DE 9 DE MARÇO DE 2006 - Dispõe sobre a expansão do Programa "Farmácia Popular do Brasil".

LEI FEDERAL DE Nº 11.347 DE 27 DE SETEMBRO DE 2006 - Determina que os pacientes com diabetes recebam do Sistema Único de Saúde, de forma gratuita, os medicamentos necessários para o tratamento, os materiais exigidos para a sua aplicação e a monitoração da glicemia capilar.

RDC Nº 51 DE 15 DE AGOSTO DE 2007 - Dispõe sobre a prescrição e dispensação entre medicamentos de Referência, Genéricos e Similares.

RESOLUÇÃO - RDC Nº 60, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2010 - Anvisa.

PORTARIA Nº 184, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2011 Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS - RENAME 2022.

RDC Nº 471 DE 23 DE FEVEREIRO DE 2021 - Dispõe sobre os critérios para prescrição, dispensação, controle, embalagem e rotulagem à base de substâncias classificadas como antimicrobianos.

FORMULÁRIO TERAPÊUTICO NACIONAL RENAME 2010

[Acesso às Bulas dos fármacos disponíveis em : https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/](https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/)

SIGLAS : USF (Unidade de Saúde da Família); UBS (Unidade Básica de Saúde); CAF (Central de Abastecimento Farmacêutico) ; RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais);CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)

GRUPO 1 - MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA CARDIOVASCULAR E RENAL - A PROTEÇÃO CARDIOVASCULAR (CV) CONSISTE NO OBJETIVO PRIMORDIAL DO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO.

ITEM	DENOMINAÇÃO COMUM BRASILEIRA/ CONCENTRAÇÃO	FORMA FARMACÊUTICA	UBS	VALIDADE DA RECEITA
1	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	6 MESES
2	ATENOLOL 100 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	6 MESES
3	ATENOLOL 50MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	6 MESES
4	BESILATO DE ANLODIPINO 5 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	6 MESES
	BESILATO DE ANLODIPINO 10 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	6 MESES
6	CARVEDILOL 3,125 MG BB DE 3ª GERAÇÃO - TEM IMPACTO NEUTRO OU ATÉ PODEM MELHORAR O METABOLISMO DA GLICOSE E LIPÍDICO, POSSIVELMENTE PELO EFEITO, VASODILATADOR, COM DIMINUIÇÃO DA RESISTÊNCIA À INSULINA E MELHORA DA CAPTAÇÃO DE GLICOSE PELOS TECIDOS PERIFÉRICOS.	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	6 MESES
7	CARVEDILOL 6,25 MG -	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	6 MESES
8	CARVEDILOL 12,5 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL/USF/UBS	6 MESES
9	CARVEDILOL 25MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL/USF/UBS	6 MESES
10	CLORIDRATO DE AMIODARONA 200 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL/USF/UBS	6 MESES
13	CLORIDRATO DE PROPRANOLOL 40 MG - BB não cardioseletivo.	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	6 MESES
14	DIGOXINA 0,25 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	6 MESES
16	FUROSEMIDA 40MG - UTILIZADA EM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (IRC), INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC) E ESTADOS DE RETENÇÃO DE LÍQUIDOS (EDEMA).	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	6 MESES
17	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	6 MESES
18	ISOSSORBIDA DINITRATO SBL 5MG (20 mg e 40mg)	COMPRIMIDO SUBLINGUAL	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL	6 MESES

22	LOSARTANA POTÁSSICA 50 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS/ Rede credenciada " Aqui tem Farmácia Popular " (GRATUITO)	6 MESES
23	MALEATO DE ENALAPRIL 5 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	6 MESES
24	MALEATO DE ENALAPRIL 10 MG		FARMÁCIA MUNICIPAL/USF/UBS/ Rede credenciada " Aqui tem Farmácia Popular " (GRATUITO)	6 MESES
25	MALEATO DE ENALAPRIL 20 MG		FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	6 MESES
26	METILDOPA 250 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	6 MESES
28	SINVASTATINA 20 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	6 MESES
30	SUCCINATO DE METOPROLOL 25 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL OBS : MEDICAMENTO DE CUSTO AGREGADO E DE USO RESTRITO	6 MESES
31	SUCCINATO DE METOPROLOL 50 MG			
32	SUCCINATO DE METOPROLOL 100 MG			

GRUPO 2 - Medicamentos de destinados ao tratamento de Hipertensão Arterial Resistente e Refratária; Metas não alcançadas em terapia tripla ou quádrupla ; tratamento de urgência hipertensiva através de medicamento de uso oral. OBS: O uso oral Uso de Beta bloqueadores devem ser indicados em condições específicas, tais como: Insuficiência cardíaca, pós-Infarto agudo do miocárdio, angina, controle da frequência cardíaca.

1	CAPTOPRIL 25 MG	COMPRIMIDO	USF/UBS/ Rede credenciada " Aqui tem Farmácia Popular " (GRATUITO)	Administração na UBS
6	ESPIRONOLACTONA 25 MG - Habitualmente utilizada como o quarto medicamento a ser associado aos pacientes com HA resistente e refratária.	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	
7	CLORIDRATO DE HIDRALAZINA 25 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL OBS : MEDICAMENTO DE CUSTO AGREGADO E DE USO RESTRITO	6 MESES
8	CLORIDRATO DE HIDRALAZINA 50 MG			

GRUPO 03 - MEDICAMENTOS ANTIDIABÉTICOS ORAIS, INSULINAS E INSUMOS PARA MONITORAMENTO GLICÊMICO

2	CLORIDRATO DE METFORMINA 850 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS/ Rede credenciada " Aqui tem Farmácia Popular " (GRATUITO)	6 MESES
3	GLIBENCLAMIDA 5 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS/ Rede credenciada " Aqui tem Farmácia Popular " (GRATUITO)	6 MESES
4	GLICLAZIDA 30 MG LIBERAÇÃO PROLONGADA	COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS/ Rede credenciada " Aqui tem Farmácia Popular " (GRATUITO)	6 MESES
6	INSULINA HUMANA NPH, 100U/ML, 10 ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL AMPOLA -	FRASCO/AMPOLA	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS/ Rede credenciada " Aqui tem Farmácia Popular " (GRATUITO)	6 MESES
7	INSULINA HUMANA REGULAR 100 U/ML, 10 ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL AMPOLA	FRASCO/AMPOLA	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS/ Rede credenciada " Aqui tem Farmácia Popular " (GRATUITO)	6 MESES
8	INSULINA HUMANA NPH, 100U/ML, 3 ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL, CANETA PREENCHIDA	CANETA	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS/ Rede credenciada " Aqui tem Farmácia Popular " (GRATUITO)	6 MESES
9	INSULINA HUMANA REGULAR, 100U/ML, 3 ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL, CANETA PREENCHIDA	CANETA	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS/ Rede credenciada " Aqui tem Farmácia Popular " (GRATUITO)	6 MESES
10	AGULHA 4MM PARA APLICAÇÃO DE INSULINA CANETA	UNIDADE	PAIHD	6 MESES
11	TIRA REAGENTE PARA DOSAGEM DE GLICEMIA CAPILAR	CX C/ 50 UNIDADES	PAIHD	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
12	GLICOSÍMETRO	UNIDADE		
13	LANCETA PARA PUNÇÃO DIGITAL	CX C/ 50 UNIDADES		

GRUPO 04 - MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA DIGESTIVO - Antiácidos ; Antissecretores ; Antieméticos ; Laxativos

3	SIMETICONA 75MG/ML, 15ML, SOLUÇÃO ORAL	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL	USO DE ACORDO À PRESCRIÇÃO
4	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 61,5 MG/ML SUSPENSÃO ORAL 100 ML	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
5	ÓLEO MINERAL FRASCO 100ML	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
6	OMEPRAZOL 20 MG	CÁPSULA	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO

GRUPO 05 - ATENÇÃO BÁSICA - MEDICAMENTOS ANTIALÉRGICOS DE USO ORAL E TÓPICO

1	DEXAMETASONA 0,1%, (1 MG/G), 10 G, CREME DERMATOLÓGICO	BISNAGA	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
2	FOSFATO SÓDICO DE PREDNISOLONA 3MG/ML, 60 ML, SOLUÇÃO ORAL	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
3	LORATADINA 1 MG/ML, 100 ML, SOLUÇÃO ORAL	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
4	LORATADINA 10 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
5	MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA XAROPE 0,4MG/ML	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
6	MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA 2 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO

GRUPO 06 - ATENÇÃO BÁSICA - MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA RESPIRATÓRIO

1	BROMETO DE IPRATRÓPIO 0,25MG/ML, 20ML - SOLUÇÃO INALATÓRIA	COMPRIMIDO	USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
2	BUDESONIDA 32 MCG / DOSE AEROSSOL NASAL - SUPENSÃO AQUOSA CONTENDO 6 ML E 120 DOSES	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL. OBS : MEDICAMENTO DE CUSTO AGREGADO E DE USO RESTRITO	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
3	DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA 200 MCG/DOSE, C/ 200 DOSES. AEROSOL ORAL	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL. OBS : MEDICAMENTO DE CUSTO AGREGADO E DE USO RESTRITO	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
4	MIKANIA GLOMERATA SPRENG XAROPE- Concentração de 117,6mgde extrato fluido/ML, Frasco contendo 100ml ou 120ml (GUACO)	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
5	DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA 50 MCG/DOSE, SPRAY NASAL AQUOSO	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL. OBS : MEDICAMENTO DE CUSTO AGREGADO E DE USO RESTRITO	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
6	SULFATO DE SALBUTAMOL 100MCG/DOSE - C/ 200 DOSES AEROSOL ORAL	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS/ Rede credenciada "Aqui tem Farmácia Popular" (GRATUITO)	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO

GRUPO 07 - ATENÇÃO BÁSICA - MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DE GOTA

1	ALOPURINOL 100MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL. OBS : MEDICAMENTO DE CUSTO AGREGADO E DE USO RESTRITO	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
2	ALOPURINOL 300MG	COMPRIMIDO		VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO

GRUPO 08 - ATENÇÃO BÁSICA - ANTIBIÓTICOS ORAIS , TÓPICOS E INJETÁVEIS

1	AMOXICILINA 250 MG/5ML + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 62,50 MG/ML – SUSPENSÃO ORAL FRASCO 75 ML APÓS RECONSTITUIÇÃO	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	10 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO
2	AMOXICILINA 50 MG/ML, PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL 60ML	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	10 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO
3	AMOXICILINA 500 MG	CÁPSULA	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	10 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO
4	AMOXICILINA 500 MG + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 125 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	10 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO
5	AZITROMICINA 40 MG/ML, PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	10 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO

6	AZITROMICINA 500 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	10 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO
7	BENZOILMETRONIDAZOL 40 MG/ML, SUSP.ORAL	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	10 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO
8	CEFALEXINA 50 MG/ML, 60ML, SUSPENSÃO ORAL	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	10 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO
9	CEFALEXINA MONOIDRATADA 500 MG	CÁPSULA	FARMÁCIA MUNICIPAL/USF/UBS	10 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO
11	CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO 500 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL/USF/UBS	10 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO
12	CLORIDRATO DE CLINDAMICINA 300MG	CÁPSULA	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL. OBS : MEDICAMENTO DE CUSTO AGREGADO E DE USO RESTRITO	10 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO
15	METRONIDAZOL 250 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL/USF/UBS	10 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO
16	SULFAMETOXAZOL 40 MG/ML + TRIMETOPRIMA 8 MG/ML, 100 ML SUSPENSÃO ORAL	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	10 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO
17	SULFAMETOXAZOL 400 MG + TRIMETOPRIMA 80 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL/USF/UBS	10 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO

GRUPO 10 - ATENÇÃO BÁSICA - MEDICAMENTOS PARA REIDRATAÇÃO ORAL

1	SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL	PÓ PARA SOLUÇÃO ORAL	FARMÁCIA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITUÁRIO BRANCO
---	--------------------------	----------------------	----------------------------	--

GRUPO 11 - ATENÇÃO BÁSICA - MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE SÍFILIS

1	BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI, PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL	FRASCO/AMPOLA	USF/UBS	10 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO
---	--	---------------	---------	------------------------------

GRUPO 12 -MEDICAMENTOS ANTI-INFLAMATÓRIOS ESTERÓIDES E NÃO ESTERÓIDES, ANALGÉSICOS E ANTITÉRMICOS

6	DEXAMETASONA 4 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITUÁRIO BRANCO
7	DEXAMETASONA ELIXIR 0,1 MG/ML, 120 ML	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITUÁRIO BRANCO
8	DIPIRONA MONOIDRATADA 500MG/ML GOTAS: SOLUÇÃO ORAL frascos com 10ml	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITUÁRIO BRANCO
9	DIPIRONA SODICA 500 MG	COMPRIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITUÁRIO BRANCO
11	IBUPROFENO 50 G/ML, 20 ML - SUSPENSÃO ORAL	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITUÁRIO BRANCO
12	IBUPROFENO 600 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITUÁRIO BRANCO
13	PARACETAMOL 200 MG/ML, 15 ML, SOLUÇÃO ORAL	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITUÁRIO BRANCO
14	PARACETAMOL 500 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITUÁRIO BRANCO
15	PREDNISONA 20 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITUÁRIO BRANCO
16	PREDNISONA 5 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITUÁRIO BRANCO

GRUPO 13 -MEDICAMENTOS DESTINADOS AO TRATAMENTO DE DOR AGUDA E CRÔNICA EM ONCOLOGIA, LOMBALGIA, FIBROMIALGIA – PORTARIA SVS 344/98

6	PARACETAMOL 500 MG + FOSFATO DE CODEÍNA 30 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL. OBS : MEDICAMENTO DE CUSTO AGREGADO E DE USO RESTRITO	30 DIAS
---	---	------------	--	---------

GRUPO 14 - MEDICAMENTOS ANTIFÚNGICOS ORAIS E TÓPICOS

1	FLUCONAZOL 150 MG	CÁPSULA	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
3	ITRACONAZOL 100 MG	CÁPSULA	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
4	NISTATINA 100.000 UI/ML, FRASCO 50 ML, SUSPENSÃO ORAL, CONTENDO CONTA-GOTAS GRADUADO.	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
GRUPO 15 - MEDICAMENTOS ANTIVIRAIS				
1	ACICLOVIR 200 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
2	ACICLOVIR 50 MG/G, 10 G, CREME	BISNAGA	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	
GRUPO 16 - MEDICAMENTOS ANTIPARASITÁRIOS				
1	ALBENDAZOL 40 MG/ML FRASCO 10 ML - SUSPENSÃO ORAL	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
2	ALBENDAZOL 400 MG	COMPRIMIDO MASTIGÁVEL	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	
5	DELTAMETRINA 0,2MG/ML - LOÇÃO TÓPICA 100 ML	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	
6	IVERMECTINA 6 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	
GRUPO 17 - ANTIANÊMICOS E VITAMINAS				
1	ÁCIDO FÓLICO 0,2 MG/ML,FRASCO 30 ML, SOLUÇÃO ORAL	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
2	CLORIDRATO DE TIAMINA 300 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
3	ÁCIDO FÓLICO 5 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
4	COMPLEXO B COMPRIMIDO - CLORIDRATO DE TIAMINA 9,532 MG (EQUIVALENTE A 7,5 MG DE TIAMINA) + FOSFATO SÓDICO DE RIBOFLAVINA 1,049 MG (EQUIVALENTE A 0,825 MG DE RIBOFLAVINA) + CLORIDRATO DE PIRIDOXINA 3,039 MG (EQUIVALENTE A 2,5 MG DE PIRIDOXINA) + NICOTINAMIDA 12,5 MG. CLORIDRATO DE TIAMINA 38,130 MG (EQUIVALENTE A 30 MG DE TIAMINA) + FOSFATO SÓDICO DE RIBOFLAVINA 4,194 MG (EQUIVALENTE A 3,3 MG DE RIBOFLAVINA) + CLORIDRATO DE PIRIDOXINA 12,155 MG (EQUIVALENTE A 10 MG DE PIRIDOXINA) + NICOTINAMIDA 50 MG.	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
5	SULFATO FERROSO 40 MG, FERRO ELEMENTAR	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
6	SULFATO FERROSO 25 MG Fe ++/ML, 30 ML, SOLUÇÃO ORAL	FRASCO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
GRUPO 18 - ATENÇÃO BÁSICA - MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA ÓSSEO				
1	ALENDRONATO DE SÓDIO 70 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS Farmácia Popular (COPAGAMENTO)	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
3	CARBONATO DE CALCIO 500mg + VITAMINA D 400 UI	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
GRUPO 19 - MEDICAMENTOS DESTINADOS AO TRATAMENTO DA TIREÓIDE				
1	LEVOTIROXINA SÓDICA 25 MCG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL. OBS : MEDICAMENTO DE CUSTO AGREGADO E DE USO RESTRITO	6 MESES
2	LEVOTIROXINA SÓDICA 50 MCG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL. OBS : MEDICAMENTO DE CUSTO AGREGADO E DE USO RESTRITO	6 MESES
3	LEVOTIROXINA SÓDICA 75 MCG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL. OBS : MEDICAMENTO DE CUSTO AGREGADO E DE USO RESTRITO	6 MESES

4	LEVOTIROXINA SÓDICA 12,5 MCG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL. OBS : MEDICAMENTO DE CUSTO AGREGADO E DE USO RESTRITO	6 MESES
5	LEVOTIROXINA SÓDICA 100 MCG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL. OBS : MEDICAMENTO DE CUSTO AGREGADO E DE USO RESTRITO	6 MESES
GRUPO 20 - TRATAMENTO AMBULATORIAL PARA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)				
4	MESILATO DE DOXAZOSINA 2MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
5	MESILATO DE DOXAZOSINA 4MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
GRUPO 21 - MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA DE PARKINSON				
1	LEVODOPA 100MG + CLORIRATO DE BENSERAZIDA 25MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL. OBS : MEDICAMENTO DE CUSTO AGREGADO E DE USO RESTRITO	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
3	LEVODOPA 200MG + CLORIRATO DE BENSERAZIDA 50MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL. OBS : MEDICAMENTO DE CUSTO AGREGADO E DE USO RESTRITO	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
4	LEVODOPA 250 MG + CARBIDOPA 25 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CAPS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
GRUPO 23 - MEDICAMENTOS DESTINADOS AO PROGRAMA SAÚDE DA MULHER				
3	ESTRIOL 1MG/G CREME VAGINAL BISNAGA CONTENDO 50G + APLICADOR	AMPOLA	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
4	ENANTATO DE NORETISTERONA 50MG/ML + VALERATO DE ESTRADIOL 5MG/ML AMPOLA 1ML + SERINGA	AMPOLA	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
5	LEVONORGESTREL 0,15MG + ETINILESTRADIOL 0,03MG	COMPRIMIDO	USF/UBS/ Rede credenciada "Aqui tem Farmácia Popular" (COPAGAMENTO)	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
6	MEDROXIPROGESTERONA 150MG/ML TRIMESTRAL	AMPOLA	USF/UBS/ Rede credenciada "Aqui tem Farmácia Popular" (COPAGAMENTO)	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
7	NORETISTERONA 0,35MCG	COMPRIMIDO	USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
8	METRONIDAZOL 100MG GEL VAGINAL 50G+10APLICADORES DESCARTÁVEIS VAGINAL	BISNAGA	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
9	METRONIDAZOL 400MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
10	NITRATO DE MICONAZOL 20MG/G CREME VAGINAL 80G + 14APLICADORES DESCARTÁVEIS	BISNAGA	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL/USF/UBS	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
12	SECNIDAZOL 1000 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL	VALIDADE DE ACORDO À PRESCRIÇÃO - RECEITURÁRIO BRANCO
GRUPO 24 - MEDICAMENTOS ANTIPARKISONIANOS (PORTARIA 344) - EXCETO PROMETAZINA				
1	BIPERIDENO 2 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO DE CONTROLE ESPECIAL
2	PROMETAZINA 25 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO DE CONTROLE ESPECIAL
GRUPO 25 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA - MEDICAMENTOS ANTICONVULSIVANTES (PORTARIA 344)				
1	CLONAZEPAM 2,5MG/ML SOLUÇÃO ORAL FRASCO 20 ML	FRASCO	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO AZUL
4	DIAZEPAM 5 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO AZUL
5	DIAZEPAM 10 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO AZUL
9	FENITOÍNA SÓDICA 100 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO DE CONTROLE ESPECIAL

11	FENOBARBITAL 100 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO AZUL
12	FENOBARBITAL 100 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO AZUL
13	FENOBARBITAL 40 MG/ML (GOTAS)	FRASCO	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO AZUL
15	VALPROATO DE SÓDIO 500 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO DE CONTROLE ESPECIAL
16	VALPROATO DE SÓDIO XAROPE 250 MG/ML	FRASCO	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO DE CONTROLE ESPECIAL
17	CARBAMAZEPINA 200 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO DE CONTROLE ESPECIAL
18	CARBAMAZEPINA SUSPENSÃO 100 MG/ML	FRASCO	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO DE CONTROLE ESPECIAL

GRUPO 26 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA - MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS (PORTARIA 344)

1	CARBONATO DE LÍTIO 300 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO DE CONTROLE ESPECIAL
2	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA 100 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO DE CONTROLE ESPECIAL
6	HALOPERIDOL 5 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CAPS	
8	HALOPERIDOL SOL. ORAL 2 MG/ML 20ML	FRASCO	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO DE CONTROLE ESPECIAL
9	HALOPERIDOL INJETÁVEL 5 MG/ML	AMPOLA	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO DE CONTROLE ESPECIAL
10	PERICIAZINA SOLUÇÃO ORAL 1 % OU 10 MG/ML FRASCO 20 ML	FRASCO	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO DE CONTROLE ESPECIAL
11	PERICIAZINA SOLUÇÃO ORAL 4 % OU 40 MG/ML FRASCO 20 ML	FRASCO	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO DE CONTROLE ESPECIAL
12	RISPERIDONA 1 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO DE CONTROLE ESPECIAL
13	RISPERIDONA 2MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO DE CONTROLE ESPECIAL
14	RISPERIDONA 3 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO DE CONTROLE ESPECIAL
15	RISPERIDONA 1 MG/ML SOL. ORAL FRASCO 30 ML COM SERINGA DOSADORA	FRASCO	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO DE CONTROLE ESPECIAL

GRUPO 27 - MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS (PORTARIA 344)

1	AMITRIPTILINA 25 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO DE CONTROLE ESPECIAL
2	CLORIDRATO DE CLOMIPRAMINA 25 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO DE CONTROLE ESPECIAL
3	CLORIDRATO DE FLUOXETINA 20 MG	CÁPSULA	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO DE CONTROLE ESPECIAL
4	CLORIDRATO DE FLUOXETINA SOL. ORAL 20MG/ML FRASCO 20ML	FRASCO	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO DE CONTROLE ESPECIAL
5	CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA 25 MG	CÁPSULA	FARMÁCIA CAPS	30 DIAS - RECEITUÁRIO BRANCO DE CONTROLE ESPECIAL
6	CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA 50 MG	CÁPSULA	FARMÁCIA CAPS	
