



SMS/DAS, 03 de novembro de 2015.

Comunicado SMS/DAS/AF 117/2015

Ref.: **Orientações de Acesso aos Medicamentos**

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

Neste contexto, apresenta-se a **Cartilha de Orientações e Acesso aos Medicamentos**:

- 1) Medicamentos disponibilizados no SUS pela rede pública municipal, através da padronização da **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)**;
- 2) Outros Programas de acesso:
 - a) Programa do **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica** (Alto Custo);
 - b) Programa do **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica**;
 - c) Programa do **Componente Oncológico da Assistência Farmacêutica**;
 - d) Programa do Ministério da Saúde – **“Aqui tem Farmácia Popular”**.
- 3) Demais orientações de acesso:
 - a) Ouvidoria SUS;
 - b) Processo Administrativo SMS/JUNDIAÍ;
 - c) Resolução SS 54, de 11 de maio de 2012, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.



Para o acesso aos medicamentos **disponibilizados na REMUME**, o munícipe deve apresentar:

- 1) **Cartão da Unidade Básica de Saúde** (contendo número de cadastro);
- 2) **Receita médica**, contendo as informações, baseada na Resolução CREMESP nº 278 de 23/09/2015:
 - Letra legível ou por meio impresso;
 - Nome Completo do Paciente;
 - Nome genérico das substâncias prescritas – com a denominação comum brasileira (não marca comercial);
 - Forma farmacêutica;
 - Forma de administração de maneira clara;
 - Duração de tratamento;
 - Não utilização de códigos ou abreviaturas;
 - Data de emissão (validade da receita de acordo com POP da Assistência Farmacêutica);
 - Nome legível, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina;
 - Nome e endereço da Instituição ou Consultório onde foi emitida a receita médica.

Atenciosamente,

Debora Paula Leite Galvão

**Coordenadora da Assistência Farmacêutica
DAS / SMS Jundiaí**



Prefeitura de **Jundiaí**
Cuidar da cidade é cuidar das pessoas

**Secretaria
de Saúde**

CARTILHA DE ORIENTAÇÕES E ACESSO AOS MEDICAMENTOS

2015



CARTILHA DE ORIENTAÇÕES E ACESSO AOS MEDICAMENTOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUNDIAÍ

DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - DAS

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – AF

ELABORAÇÃO:

- Debora Paula Leite Galvão
Coordenadora da Assistência Farmacêutica

FARMACÊUTICAS COLABORADORAS:

- Carolina de Lima Rossi
- Luciana Teixeira Lencioni Lovate
- Mariana Costa Amorim de Araújo
- Rebeca Jorge Loyola Fernandes
- Tamires Cristina Borgomani Pereira
- Wanderlea de Souza Biagi

2015



SUMÁRIO

• Relação de Unidades Básicas de Saúde.....	1
• Farmácia Central – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Alto Custo).....	3
• Orientações aos usuários do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – Alto Custo.....	4
• Farmácia Central – Psicotrópicos e Atenção ao Diabético.....	5
• Oncológicos - SUS.....	5
• Oncológicos – Saúde Suplementar.....	7
• Farmácia Popular.....	13
• Ouvidoria SUS.....	13
• Processos Administrativos.....	15
• Resolução SS nº 54/2012.....	15
• Solicitação de medicamentos que não constam na RENAME.....	16
• Tabela de medicamentos disponíveis no SUS.....	18
• Referências Bibliográficas.....	46
• Anexo I – LME (CEAF).....	50
• Anexo II – Procuração Alto Custo.....	52
• Anexo III – Terapia antineoplásica de uso oral.....	54
• Anexo IV – Tabela de risco emetogênico dos antineoplásicos.....	60
• Anexo V - Procuração Farmácia Popular.....	63
• Anexo VI - Farmácias e Drogarias Credenciadas no Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”	65
• Anexo VII – Formulário para a Avaliação de Solicitação de Medicamentos (Resolução SS nº 54/2012).....	68



CARTILHA DE ACESSOS

- RELAÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REDE MUNICIPAL:

Nome Unidade	Telefone	Telefone	Endereço
UBS Agapeama	4526-1072	4526-2027	Rua Luiz Carpi, 238
UBS Anhangabaú	4587 1457		Rua Hans Staden, 40
UBS Aparecida	4587-4337	4587-6434	R. Joaquim Murinho, 208/R. Areias, 22
UBS Caxambú	4584-1847	4601-2479	R. João Thomasi, S/Nº
UBS Central	4522-2553	4522-7554	R. Rangel Pestana, 1006
UBS Colônia	4533-6025	4533-5932	Rua Profa. Benedita Siqueira de Godoy nº 11
UBS Comercial	4526-1367		R. Apolo de Almeida, 150
UBS Corrupira	4582-4056	4582-0224	R. João Augusto Cruz, 50
UBS Eloy Chaves	4582-2017	4582-8200	Av. Carlos Veiga, 180
UBS Esplanada	4587-1928	4816-4904	R. João Omair Simionato, 100
UBS Fazenda Grande	4582-4339	4521-0733	Rua Daniel da Silva, 158
UBS Guanabara	4582-1420		Rua Cacilda Becher, s/nº
UBS Hortolândia	4582-7731	4582-5988	R. Dr. Mons. Emilio José Salin, 110
UBS Ivoituruaia	4584-0125	4584-1874	Rua Profa. Valdez A. C. C. Lopes nº 210
UBS Jardim do Lago	4587-4339		R. Filomena Ricci, 89
UBS Jundiá Mirim	4584-3674		R. Fulgêncio de Godoy, 67
UBS Maringá	4587-6153	4587-4754	R. Casimiro de Abreu, 57
UBS Morada das Vinhas	4581-5993	4815-4447	R. Uva Niágara (Antiga Av. A), S/Nº
UBS Novo Horizonte	4815-1516	4815-1515	Rua José Ribeiro Barbosa, 20
UBS Pitangueiras	4587-5271	45372099	R. Inglaterra, 281
UBS Rami	4526-6578		R. Pedro Bertolini, 212
UBS Retiro	4582-1326		Rua Maria Lucia de Almeida, 100
UBS Rio Banco	4521-4649	4521-0412	Rua Helio Antonio Lucena , 100
UBS Rui Barbosa	4533-0256	4587-6404	Rua Antonio Zandona, 944
UBS São Camilo	4526-2108	4587-9494	Rua Pedro Ravaiane, 298
UBS Santa Gertrudes	4537-1268		R. Alice Guimarães Pelegrini, 780
UBS Tamoio	4533-0516	4582-9051	Rua Orestes Barbosa, s/nº
UBS Tarumã	4584-0372		R. Rio de Janeiro, 980
UBS Traviú	4582-2226		Rua Paulino Lourençon, 8
UBS Tulipas	4582-0678	4582-8874	Rua Ana Congani Bocalão, 80
USF Jardim Santa Gertrudes	4537-3303	4537-3351	R. Padre Norberto Mojola, 247
UBS Sarapiranga	4525-0059	4525-0423	R. Antonio Rodrigues, s/nº
USF Parque Centenário	4581-9666		Rua Plínio de Almeida Ramos, 190
USF Rio Acima	4535-1132		Av. Geraldo Azzoni, 11 (Próx. À CEVAL)



Nome Unidade	Telefone	Telefone	Endereço
USF Vila Ana	4586-1155		Rua Urbano R. Copelli, 291
USF Vila Esperança	4587-5554		Rua Analândia, 372
USF Vila Marlene	4582-0396	4582-7219	Rua Vasco de Campos,167
Academia da Saúde	4586-7995		R.Alice Guimarães Pelegrini, 780
Amb. FMJ	4587-6811		Rua Francisco Telles, 150 à 200
Centro de Convivência			Rua Benedito Sérgio de Oliveira, 220 – Pq. Continental
COAS/CTA	4586-2402		Rua Conde de Monsanto, 480 - Vianelo
Amb. MI	4586-8311		R. Conde de Monsanto, 480
Amb. Saúde da Mulher	4527-4600		Praça Rotatória s/n - Rua Siracusa s/n
Amb. Saúde Mental	4521-8859		Rua Barão de Jundiaí,267- Centro
Banco de Leite	4521-7244	0800178155	Av.Henrique Andres, 547
CAPS Infantil	4522-0672	4586-4537	Av. Comandante Videlmo Munhoz, 345
CAPS Adulto	4492-4543	4492-4584	Rod.Ver.Geraldo Dias,3133
NAPD	4521-5612		Rua Barão de Teffé, 458 -
CRIJU	4526-3316	4816-3482	Av. Dr. Cavalcanti, 396 - Complexo Argos
Centro Odontológico	4817-3977		R.Carlos Sales Block, 649
CEREST - VISAT	4521-8666		R.Fausto Leônidas Bocchino, 250 - Jd. Paulista I
CEAD	4522-4277	4522-6898	R. Tenente Ary Aps, 34
Farmácia do Alto Custo	4431-6565		Rua Marechal Deodoro da Fonseca, 836 - 1º andar
Hospital São Vicente	4583-8155		Rua São Vicente de Paula, 223
Hospital Universitário	4527-5700		Praça Rotatória s/n - Rua Siracusa s/n
NIS	4588-7388	4588-7377	Rua Carlos Sales Block, 74
Policlínica Hortolândia	4582-6989		Av. Jose de Castro Marcondes,510
Policlínica Retiro	4581-4200		Rua Maria Lucia de Almeida, 100
PA Ponte São João	4526-2020		Rua Santo Antônio. Nº 191
SVO	4587-9540		Cemitério Montenegro
SAMU	4587-2030		Av.Frederico Ozanan, 3003
SAEC	4587-6647		Av.Frederico Ozanan, 3003
Vigilância Alimentos	4527-3840		R. do Rosário, 537
Vigilância Sanitária	4586-2262		R.Francisco Pereira Coutinho, 54
Vigilância Epidemiológica	4521-2031		R.Bartolomeu Bueno da Silva, 51
ZOONOSES	4521-0660		R. Prudente de Moraes, 744
Central Farmacêutica	4588-8860		Av. 14 de Dezembro, 1768



- **FARMÁCIA CENTRAL 1º Andar – Farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Farmácia de Alto Custo):**

As medicações de alto custo dispensadas em Jundiaí fazem parte do **Programa do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)** do Ministério da Saúde. São fornecidas pela DRS VII-Campinas/SES e baseiam-se nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), de acordo com as Portarias GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009 e nº 3.439, de 11 de novembro de 2010.

Para consulta da Relação Estadual de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, a qual pode ser realizada por MEDICAMENTO ou pelo PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZ TERAPÊUTICA, deve-se acessar os sites:

- Portal do Ministério da Saúde (<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sctie/daf>);
- Secretaria do Estado de São Paulo (<http://www.saude.sp.gov.br/links/medicamentos-dos-componentes-da-assistencia-farmacutica>).

Medicamentos dos Componentes da Assistência Farmacêutica

O que é o Componente Básico da Assistência Farmacêutica?
O Componente Básico da Assistência Farmacêutica está relacionado aos medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica à Saúde, e aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, compreendendo, no Estado de São Paulo:

- Medicamentos adquiridos pelos Municípios;
- Insumos para pacientes insulino-dependentes adquiridos pelos Municípios;
- Medicamentos do Programa Dose Certa, produzidos pela Fundação para o Remédio Popular (FURP) e adquiridos pelo Estado de São Paulo;
- Insulina humana NPH 100 UI/mL, e insulina humana regular 100 UI/mL;
- Contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher.

A regulamentação deste Componente é dada pela **Portaria GM/MS n. 1.555, de 30 de julho de 2013**, que também aprova suas normas de financiamento e execução.
A pactuação do Componente Básico de Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo, nos critérios da **Portaria GM/MS n. 1.555**, de 30 de julho de 2013, foi aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo, conforme publicado nas Deliberações OIB:

- Deliberação OIB - 61, de 21-11-2013
 - DOE de 22/11/13 - Seção 1 - p.61
 - DOE de 07/12/13 - Seção 1 - p.54
- Deliberação OIB 73 de 20-12-2013
 - DOE de 21/12/13 - Seção 1 - p.96
 - DOE de 11/01/14 - Seção 1 - p.25
 - DOE de 16/01/14 - Seção 1 - p.68

Quais Medicamentos integram o Componente Básico da Assistência Farmacêutica?
O elenco de medicamentos para uso no âmbito da Atenção Básica à Saúde, é definido pela União, Estados e Municípios, sendo orientado pela **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais** vigente. No Estado de São Paulo, estão disponíveis:

- Medicamentos do Programa Dose Certa, nos municípios aderentes e unidades Farmácia Dose Certa;
- Medicamentos e insumos para o tratamento de Diabetes Mellitus;
- Medicamentos e insumos do Programa Saúde da Mulher;
- Medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.

Consulte a Secretaria de Saúde de seu Município para mais informações.
Para informações sobre a unidade Farmácia Dose Certa, clique [aqui](#).

Onde encontrar os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica?
For serem utilizados na Atenção Básica à Saúde, os medicamentos e insumos financiados pelo Componente Básico de Assistência Farmacêutica são dispensados em Farmácias Municipais, às quais estão localizadas, em sua maioria, nas Unidades Básicas de Saúde. No município de São Paulo, foram implantadas, pelo Governo do Estado de São Paulo, as unidades Farmácia Dose Certa, com o objetivo de facilitar o acesso da população a medicamentos no âmbito da Atenção Básica à Saúde. Para informações, clique [aqui](#).



Entrada - crosi@jundiaí | aspart - protamina novo | Medicamentos dos Comp... | Medicamentos do Comp... | Medicamentos do Comp... | Imprimir

www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/assistencia-farmacutica/medicamentos-dos-componentes-da-assistencia-farmacutica/medicamentos-do-componente-especializado-da-a

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE GOVERNO DO ESTADO SAO PAULO

SP NOTÍCIAS | CONHEÇA SP | AÇÕES DE GOVERNO | ÓRGÃOS E ENTIDADES | INVESTE SP | CIDADÃO SP | FALE CONOSCO

Governo do Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde

Home | Mapa do Site

Buscar

Cidadão | Gestor | Profissional da Saúde

Tamanho do texto

Acesso rápido

- Gaís Informa
- Comissão de Farmacologia da SES/SP
- Manual do Tratamento Fora do Domicílio - TFD
- Auditoria

Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

O que é?

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde

Relação Estadual de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Onde Encontrar?

Como obter?

Serviços de Referência em doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Após a consulta e, de acordo com o **CID que integra o PCDT**, o requisitante médico deverá fazer *download* das informações, do laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (LME - Anexo I), termo de consentimento informado e orientar o paciente a providenciar as documentações necessárias para solicitação do medicamento, tais como documentos pessoais do paciente, cópia de exames e receita médica em 2 vias.

Orientações aos Usuários do Programa CEAF – Alto Custo

- Protocolar a solicitação diretamente na Farmácia de Alto Custo de Jundiaí, localizada à Rua Marechal Deodoro da Fonseca nº 836, 1º andar, horário de atendimento das 08:00 às 11:00 – 14:00 às 15:30. Atualmente, o tempo de espera para resposta pela DRS VII-Campinas é de 20 a 30 dias úteis e 40 dias úteis para medicação de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC);
- As solicitações de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) aprovadas resultarão no fornecimento do medicamento por um período de 90 dias, com retirada mensal, e posterior processo de renovação;

Considerando que a medicação é nominal, necessita-se de documentos de identificação



(cópia do CPF) para verificação no ato da entrega; caso não seja o próprio paciente que irá retirar a medicação é necessário uma procuração (Anexo II);

c) O atendimento para o fornecimento é realizado através de agendamento por data e período;

d) Em casos da falta de medicações, solicita-se:

- ligar na Unidade Marechal, para confirmação da regularização do fornecimento pela DRS VII, no telefone (11) 4431-6565 (das 13h00 às 16h00) **OU**;
- ligar diretamente na DRS VII-Campinas/AC, localizada à Av. Setembrino de Carvalho, 123 telefone (19) 3232-5118/ 3233-6972 **OU**;
- ligar na Ouvidoria SUS/SP – Alto Custo: (11) 3066-8349/ 3066-8359.

- **FARMÁCIA CENTRAL – 2º Andar – PSICOTRÓPICOS e ATENÇÃO AO DIABÉTICO:**

Os medicamentos psicotrópicos dispensados, padronizados na REMUME, são fornecidos mediante apresentação de Receita de Controle Especial (branca), Notificação de Receita (azul), de acordo com a Portaria nº 344/1998, além da apresentação do cartão da UBS.

- **ONCOLÓGICOS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS):**

O Ministério da Saúde e suas Secretarias de Saúde não fornecem medicamentos diretamente para o tratamento de câncer. Quando para uso oncológico, o fornecimento de medicamentos não se dá por meio de programas de medicamentos do SUS, como o da farmácia básica e o do componente especializado da assistência farmacêutica. Os estabelecimentos de saúde credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelos medicamentos oncológicos que padronizam, adquirem, prescrevem e fornecem.

Na área de Oncologia, o SUS é estruturado para atender de uma forma integral e integrada os pacientes que necessitam de tratamento de neoplasia maligna. Atualmente, a Rede de Atenção Oncológica está formada por estabelecimentos de saúde habilitados como a Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou como o Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Os hospitais habilitados como UNACON ou CACON devem oferecer assistência especializada ao paciente com câncer atuando no diagnóstico e tratamento. Essa assistência abrange sete modalidades integradas: diagnóstico, cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia (oncologia clínica, hematologia e oncologia pediátrica), medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos.



Por sua vez, a Portaria/SAS nº 741, de 19/12/2005, define que os UNACON's/ CACON's são unidades hospitalares públicas ou filantrópicas que dispõem de todos os recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência integral do paciente com câncer, sendo responsáveis pela confirmação diagnóstica dos pacientes, estadiamento, assistência ambulatorial e hospitalar, atendimento das emergências oncológicas e cuidados paliativos, e, inclusive, pelo fornecimento de todos os medicamentos necessários aos pacientes portadores de câncer, de acordo com os protocolos clínicos.

O gestor local do SUS assume a responsabilidade pelo credenciamento dos estabelecimentos de saúde para atendimento a seus usuários, ficando a cargo do Ministério da Saúde a sua habilitação. Assim, compete às Secretarias Estaduais e Municipais o gerenciamento e organização de sua rede de assistência à saúde, incluída a rede de atendimento oncológico.

Na região de Campinas há seis unidades habilitadas para atendimento em câncer, incluindo o Hospital São Vicente de Paulo em Jundiaí.

Referência de UNACON e CACON da Secretaria de Estado na DRS-VII - Regional de Campinas:

DRS VII – CAMPINAS				
Nome	Endereço	Telefone	Município	Tipo
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO	AV. SÃO FRANCISCO DE ASSIS, 218	11-4034.8000	BRAGANCA PAULISTA	UNACON COM SERVIÇO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA
CENTRO INFANTIL DE INVESTIGAÇÃO HEMATOLÓGICA DR. DOMINGOS A. BOLDRINI	R. DR.GABRIEL PORTO, 1.270	19-3787.5000	CAMPINAS	UNACON EXCLUSIVA DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA COM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA
HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	AV. JOHN BOYD DUNLOP, S/N	19-3343.8441	CAMPINAS	UNACON COM SERVIÇO DE HEMATOLOGIA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNICAMP	R.VITAL BRASIL, 251	19-3788.8008	CAMPINAS	CACON
HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI	R. PREFEITO FARIA LIMA, 340	19-3772.5796	CAMPINAS	UNACON COM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA
HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO	R. S. VICENTE DE PAULO, 223	11-4583.8155	JUNDIAÍ	UNACON COM SERVIÇOS DE HEMATOLOGIA E ONCOLOGIA PEDIÁTRICA



- ONCOLÓGICOS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS):

Em 03 de junho de 1998, foi sancionada a Lei nº 9.656 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, regulamentando os mesmos.

Em 21 de outubro de 2013, a ANS estabeleceu um Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde através da Resolução Normativa nº 338 de 21 de outubro de 2013, alterada pela Resolução Normativa nº 349 de 09 de maio de 2014, que apresenta a cobertura mínima obrigatória a ser garantida pelos planos de saúde comercializados à partir de 02/01/1999, assim como para os contratados anteriormente, desde que adaptados à Lei nº 9.656/1998, incluindo os medicamentos para o controle de efeitos adversos associados ao tratamento com antineoplásicos.

A RN nº 338/2013, ampliou a cobertura de procedimentos para o diagnóstico e tratamento do câncer, através da incorporação de 37 medicamentos orais para o tratamento que passaram a ter cobertura obrigatória na saúde suplementar de acordo com suas indicações (Anexo III).

Em 12 de novembro de 2013, a Lei nº 12.880, alterou a Lei nº 9.656/1998, para incluir tratamentos entre as coberturas obrigatórias. Dentre elas, estão as coberturas de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes.

- Nos planos ambulatoriais

Deverão ser fornecidos tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes;

- Nos planos hospitalares

Deverão ser fornecidos tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar;

- Nos planos de segmentação de cobertura ambulatorial + hospitalar (com ou sem obstetrícia)

Tratamentos antineoplásicos ambulatoriais domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes.

A Lei nº 12.880 foi regulamentada pela RN 349/2014, que discriminou quais os efeitos adversos e adjuvantes devem ter a obrigatoriedade do fornecimento de medicamentos, além de estabelecer que esses medicamentos sejam preferencialmente genéricos e fracionados.



À partir desse histórico, desde 13/05/2014, as operadoras, tem por obrigação, fornecer, além da medicação oral para o tratamento do câncer, as medicações para controle dos efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento quimioterápico, oral ou venoso, que constam no Rol de Eventos e Procedimentos em Saúde da ANS, possibilitando o tratamento do paciente em casa.

Uma nova Resolução Normativa da ANS, a RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas – RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, RN nº 349, de 9 de maio de 2014; e da outras providências. **ESSA NORMATIVA ENTRARÁ EM VIGOR À PARTIR DE 02 DE JANEIRO DE 2016.**

De acordo com a ANS, os medicamentos paliativos são para algumas reações ocasionadas pelos 37 quimioterápicos de uso oral utilizados para determinados tipos de câncer listados no novo Rol da ANS.

Os planos e seguros de saúde devem oferecer aos pacientes com câncer as seguintes terapias para o tratamento de efeitos adversos e adjuvantes:

Terapia para anemia relacionada ao uso de antineoplásicos com estimuladores da eritropoiese

- Cobertura obrigatória de Agentes Estimuladores da Eritropoiese para os casos de sintomas decorrentes de anemia relacionada a tratamento de quimioterapia, nos casos de concentrações decrescentes de hemoglobina e níveis inferiores a 10g/dL, quando a transfusão for contra-indicada.

Obs: Se o paciente não apresentar resposta após 12 semanas do uso do medicamento, este deverá ser descontinuado.

Terapia para profilaxia e tratamento de infecções relacionadas ao uso de antineoplásicos:

- Cobertura obrigatória de antibióticos (antibacterianos, antifúngicos e antivirais) na profilaxia primária (para evitar o desenvolvimento de doenças em pacientes com exposição prévia ao agente infeccioso) ou secundária (evitar recidivas) de infecções relacionadas ao uso de antineoplásicos, em pacientes de risco intermediário ou alto;

- Cobertura obrigatória de antibióticos (antibacterianos, antifúngicos e antivirais) no tratamento de infecções relacionadas ao uso de antineoplásicos.

Terapia para diarreia relacionada ao uso de antineoplásicos:

- Cobertura obrigatória de antidiarréico para pacientes com diarreia relacionada ao uso de



antineoplásicos que tenham este efeito colateral previsto em bula.

Terapia para dor relacionada ao uso de antineoplásicos:

- Cobertura obrigatória de analgésicos, opiáceos e derivados, de acordo com prescrição médica, para pacientes com dor relacionada ao uso de antineoplásicos que tenham este efeito colateral previsto em bula.

Terapia para profilaxia e tratamento da neutropenia relacionada ao uso de antineoplásicos com fatores de crescimento de colônias de granulócitos:

- Cobertura obrigatória na profilaxia da neutropenia febril relacionada ao uso de antineoplásico, em pacientes que estejam utilizando quimioterapia citotóxica ou terapia mieloablativa, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) na profilaxia primária da neutropenia febril de pacientes com alto risco (> 20% de risco para neutropenia febril);
- b) na profilaxia primária da neutropenia febril de pacientes com risco intermediário (> 10% e < 20% de risco para neutropenia febril) em que este risco seja determinado por fatores inerentes ao paciente e que sejam inalteráveis e que a intenção do tratamento seja curativa; e
- c) na profilaxia secundária da neutropenia febril de pacientes que já apresentaram episódio anterior de neutropenia febril e que a intenção do tratamento seja curativa.

- Cobertura obrigatória para os casos de neutropenia febril relacionados ao uso de antineoplásico, quando o paciente já estiver em uso de Fatores de Crescimento de Colônia de Granulócitos e forem preenchidos todos os critérios do grupo I e um dos critérios do grupo II:

Grupo I:

- a) uma medida de temperatura $\geq 38,30^{\circ}\text{C}$ ou $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ por mais de 1h;
- b) neutropenia ≤ 500 neutrófilos/mcL ou < 1000 neutrófilos/mcL com probabilidade de queda até ≤ 500 neutrófilos/mcL ao longo das 48h seguintes.

Grupo II:

- a) paciente já estiver em uso de Fatores de Crescimento de Colônia de Granulócitos; e
- b) paciente ainda não fez uso de Fatores de Crescimento de Colônia de Granulócitos e apresenta fatores de risco para complicações associadas à infecção.



Obs: O uso de Fatores de Crescimento de Colônia de Granulócitos é contra-indicado para pacientes em tratamento concomitante com quimioterápicos e radioterapia.

Terapia para profilaxia e tratamento da náusea e vômito relacionados ao uso de antineoplásicos:

- Profilaxia/prevenção de náuseas e vômitos relacionadas a agentes antineoplásicos:

1. Cobertura obrigatória para a prevenção de náuseas ou vômitos relacionados ao uso de antineoplásicos, conforme o risco emetogênico calculado (Anexo IV).

Alto Potencial Emetogênico (> 90%)	Moderado Potencial Emetogênico (30 - 90%)	Baixo Potencial Emetogênico (10 - 30%)
<p>Adulto</p> <p>1. Antagonista dos receptores NK1</p> <p>2. Corticosteróides</p> <p>3. Antagonista do receptor 5-HT3</p> <p>Opcional</p> <p>Benzodiazepínico; Inibidor da bomba de prótons ou antagonista do receptor H2</p>	<p>Adulto</p> <p>1. Antagonista dos receptores NK1</p> <p>2. Corticosteróides</p> <p>3. Antagonista do receptor 5-HT3</p> <p>Opcional</p> <p>Benzodiazepínico; Inibidor da bomba de prótons ou antagonista do receptor H2</p>	<p>Adulto</p> <p>1. Corticóide ou cloridrato de metoclopramida</p> <p>Opcional</p> <p>Benzodiazepínico; Inibidor da bomba de prótons ou antagonista do</p>

<p>Esquema Pediátrico</p> <p>1. Antagonista do receptor 5-HT3</p> <p>2. Corticosteróides</p>	<p>Esquema Pediátrico</p> <p>1. Antagonista do receptor 5-HT3</p> <p>2. Corticosteróides</p>	<p>receptor H2</p> <p>Esquema Pediátrico</p> <p>Nenhuma recomendação devido à falta de estudos. Adotar protocolo similar aos adultos, sendo a dose passível de ajuste.</p>
--	--	--



Náuseas e vômitos antecipatórios:

- Cobertura obrigatória de alprazolam e/ou lorazepam para náuseas e vômitos antecipatórios associado ao uso de antineoplásicos.

Tratamento de Náuseas e Vômitos:

- Cobertura obrigatória para o tratamento de náuseas ou vômitos relacionados ao uso de antineoplásicos, conforme o risco emetogênico calculado e como descrito de modo escalonado a seguir:

- a) caso a profilaxia para náuseas e vômitos não tenha sido efetiva e o paciente apresente sintomas, deve-se incluir mais uma droga ao esquema anterior, preferencialmente de uma classe diferente das já utilizadas.
- b) se permanecerem os sintomas após a inclusão de mais uma droga, ajustar as doses dos medicamentos, substituir as drogas já utilizadas ou incluir mais uma droga.
- c) se permanecerem os sintomas após o ajuste das doses, substituição das drogas ou a inclusão de mais uma droga, avaliar a utilização de terapia antiemética profilática de alto risco de emetogenicidade para o próximo ciclo.

Antiemético
Corticosteróides
Antagonistas 5HT3
Bezodiazepínico
Haloperidol
Metoclopramida
Olanzapina
Escopolamina
Fenotiazina

Tratamento de resgate para Náuseas e Vômitos:

- Cobertura obrigatória de metoclopramida e/ou dolasetrona e/ou ondansetrona e/ou granisetrona e/ou haloperidol e/ou dexametasona e/ou prometazina e/ou olanzapina para o tratamento de resgate de náuseas e vômitos associado ao uso de antineoplásicos.



Cálculo de risco para associação de antineoplásico

Para os pacientes que estejam em uso de outros antineoplásicos associados, sejam eles orais ou venosos o cálculo de risco deve ser realizado como descrito abaixo:

- a) identificar e pontuar o antineoplásico mais emetogênico;
- b) somar 1 ponto para cada outro de nível 3 ou 4;
- c) somar 1 ponto para um ou mais de nível 2.

Observação: para os medicamentos que não estejam nas listas acima e Anexo IV, a indicação do nível de risco deve ser feita pelo médico assistente baseado na literatura médica.

Terapia para profilaxia e tratamento do rash cutâneo relacionado ao uso de antineoplásicos:

- Cobertura obrigatória de antibióticos (tópicos e/ou via oral) e/ou corticóide tópico com ou sem antibiótico para pacientes com rash cutâneo relacionado ao uso de antineoplásicos.

Terapia para profilaxia e tratamento do tromboembolismo relacionado ao uso de antineoplásicos:

a) Cobertura obrigatória de heparina fracionada, não fracionada ou de baixo peso molecular e/ou antagonistas de vitamina K e/ou aspirina na profilaxia do tromboembolismo, em pacientes ambulatoriais, com diagnóstico de mieloma múltiplo, em uso de agentes antiangiogênicos e quimioterapia.

b) Cobertura obrigatória de heparina fracionada, não fracionada ou de baixo peso molecular e/ou antagonistas de vitamina K na profilaxia secundária ou tratamento do tromboembolismo, em pacientes ambulatoriais, com diagnóstico prévio de tromboembolismo venoso ou tromboembolismo pulmonar.

c) Cobertura obrigatória de inibidores de trombina e/ou inibidor indireto de trombina para pacientes incluídos nos itens 1 e/ou 2 e que apresentem trombocitopenia induzida por heparina.

O procedimento “MEDICAMENTOS PARA O CONTROLE DE EFEITOS ADVERSOS E ADJUVANTES RELACIONADOS A TRATAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS” é continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento de câncer, possibilitando ao paciente fazer seu tratamento em casa e optar por este tipo de assistência junto ao seu médico, avaliando riscos e benefícios de cada opção.



A Súmula 102, publicada em 28/02/2013 pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, diz que **“Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS.”**

Deve-se tornar de conhecimento público todas as ações da ANS, que visam obrigar os planos e seguros de saúde privados oferecerem os tratamentos necessários para os pacientes com câncer e, também, ofertarem uma melhor qualidade de vida para estes pacientes com o fornecimento de medicamentos para os tratamentos paliativos.

- **FARMACIA POPULAR:**

Para o acesso aos medicamentos do Programa do Ministério da Saúde – **“Aqui tem Farmácia Popular”**, o usuário deve apresentar receita médica e documento de identificação ou preenchimento de procuração (Anexo V), caso não seja o próprio paciente quem vai retirar o medicamento. A receita médica de uso contínuo tem validade de 4 meses nesse programa. As drogarias credenciadas no município de Jundiaí encontram-se no Anexo VI desta cartilha.



A receita médica deverá ter validade de até 120 dias em casos de medicamentos ou fraldas geriátricas e 01 ano para anticoncepcionais, tanto do SUS quanto da rede particular.



imagem meramente ilustrativa

Documento oficial com foto no qual conste o seu número de CPF.

Todo cidadão brasileiro poderá ser beneficiado pelo Programa Farmácia Popular. Não é necessário cadastro!

CLIQUE AQUI E CONHEÇA O PASSO A PASSO PARA UTILIZAR O PROGRAMA
(<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/345-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/18036-voce-sabe-como-funciona-o-programa>)

- **OUIDORIA SUS - JUNDIAÍ:**

A Ouvidoria SUS é a instância que escuta, acolhe, analisa, qualifica e encaminha as demandas dos usuários do Sistema Único de Saúde do município de Jundiaí.

Trata-se de um canal democrático de estimula à participação social, à disseminação de informações de saúde e à mediação entre os cidadãos e os gestores do SUS.



A missão é viabilizar o direito dos cidadãos de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente no âmbito SUS.

O Papel da Ouvidoria SUS é permitir a disseminação de informações, o registro e o encaminhamento das manifestações dos cidadãos.

Possibilitar a troca de informações entre os órgãos responsáveis pela gestão do SUS para adoção das providências cabíveis diante das manifestações recebidas visando a melhoria do Sistema.

O objetivo da Ouvidoria é ampliar a participação do cidadão na gestão / instituição.

Essas orientações de acesso possibilitam que a instituição avalie continuamente a qualidade dos serviços prestados, subsidiando o gestor na tomada de decisão, informando, através de seus relatórios, os indicadores de satisfação do cidadão;

São registrados no sistema Ouvidoria SUS do Ministério da Saúde as seguintes manifestações:

Informações / Sugestões / Elogios / Solicitações / Denúncias / Reclamações

Toda manifestação registrada no sistema gerará número de protocolo para ser entregue ao usuário. É importante que o usuário guarde o número do protocolo para consultas posteriores referentes a manifestação realizada.

Ao registrar uma manifestação, o usuário deve ter sempre em mãos o número do cadastro da UBS de referência.

Prazos e Providências estabelecidos:

Segundo a PORTARIA Nº 8, DE 25 DE MAIO DE 2007, que regulamenta o Sistema Ouvidoria SUS no Ministério da Saúde, o prazo máximo para a conclusão das demandas no Sistema será estabelecido pelo teor das manifestações que, por sua vez, determinará as prioridades especificadas a seguir:

- a) Urgente
- b) Alta
- c) Média
- d) Baixa

O prazo para conclusão será contado a partir da data de encaminhamento da demanda que, em média, é de 15 a 60 dias úteis, dependendo da classificação de prioridade citada acima;



Os canais de comunicação entre cidadão e Ouvidoria SUS são:

- Telefones: (11) 4589-8406 / 4589-8727
- E-mail: ouvidoriasus@jundiai.sp.gov.br
- Presencial – Paço Municipal - Térreo
- Horário de Funcionamento da Ouvidoria SUS:
- 2ª a 5ª das 08h00 às 12h00 e das 13h00 às 15h30
- 6ª das 09h30 às 12h00 e das 13h00 às 15h30

- **PROCESSO ADMINISTRATIVO SMS/JUNDIAÍ:**

As solicitações de medicamentos devem ser realizadas através de abertura de processo administrativo no Setor de Protocolos no Paço Municipal, na qual o munícipe requisitante deverá apresentar:

- a. cópia da receita médica;
- b. cópia dos documentos de identificação;
- c. relatório médico comprovando a necessidade do uso da medicação solicitada.

O prazo para resposta é de **15 dias úteis**. Após este prazo, o munícipe deverá entrar em contato para ter a devolutiva da solicitação na Farmácia Central – Unidade Marechal, 2º andar, horário de atendimento 09h-12h e 14h-16h, telefone 4431-6588.

- **RESOLUÇÃO SS Nº 54/2012**

Os medicamentos não padronizados pelo SUS prescritos pelas instituições de Saúde que desejam que o usuário os obtenha por meio do SUS, devem seguir a norma e o fluxo estabelecido pela SES/SP.

Ressalta-se que, em 11 de maio de 2012, foi publicada a **Resolução SS nº 54/2012**, que aprova a estrutura e o funcionamento da Comissão de Farmacologia da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) e define normas e procedimentos para solicitação de **medicamentos não padronizados no Sistema Único de Saúde** (que não fazem parte da RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais ou Resoluções ou Notas Técnicas do Estado).

As solicitações de medicamentos que não constam na RENAME ou Resoluções ou Notas Técnicas do Estado, são recebidas pela Comissão de Farmacologia da SES/SP, em caráter de excepcionalidade, **esgotadas todas as alternativas disponibilizadas pelo SUS**, apresentando na literatura científica forte nível de evidência para sua utilização:

- Provenientes de pacientes residentes no Estado de São Paulo;
- Provenientes de pacientes acompanhados em instituições públicas e privadas do Estado de São Paulo



- Tratamento de doenças crônicas, em caráter ambulatorial;
- Registro válido na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, com autorização de comercialização no país.

A SES/SP **não** receberá solicitações de:

- Medicamentos contemplados na RENAME, em seus Componentes Básicos, Estratégico e Especializado da Assistência Farmacêutica e Resoluções ou Normas Técnicas Estaduais (disponíveis no site da SES/SP);
- Fórmulas de manipulação;
- Medicamentos de associação de substâncias que são disponibilizadas de maneira isolada no SUS;

Procedimento para Solicitação de Medicamento que não fazem parte da RENAME ou Notas Técnicas do Estado

MÉDICO SOLICITANTE:

- Fazer *download* do laudo (Anexo VII) na página da Comissão de Farmacologia no site da SES/SP:

www.saude.sp.gov.br – <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/comissao-de-farmacologia/solicitacao-de-medicamento-ou-nutricao-enteral-por-paciente-de-instituicao-de-saude-publica-ou-privada>

- Anexar as cópias de exames que justifiquem a necessidade do medicamento, que não faz parte da RENAME ou Notas Técnicas do Estado;

- Fazer a prescrição do medicamento, em duas vias; (a prescrição tem validade de 30 dias, deve estar legível e segundo a denominação genérica)

- Assinar e carimbar o laudo.

PACIENTE:

- Assinar o laudo preenchido pelo médico;
- Anexar cópia dos documentos pessoais (RG, CPF, comprovante de residência com CEP e Cartão Nacional de Saúde). Em caso de solicitação para menores de idade que não possuam RG e CPF, apresentar a cópia da Certidão de Nascimento e dos documentos do responsável;
- Protocolar diretamente em um dos 17 Departamentos Regionais de Saúde (Tem-se como referência para a região de Jundiaí a DRS VII, localizada à Av. Orozimbo Maia, 75, Vila Itapura, Campinas-SP) **OU**;
- Enviar pelo correio para Comissão de Farmacologia SES/SP, avenida Dr. Ernesto de Carvalho Aguiar, nº 188 – Bairro Cerqueira Cesar – CEP: 05403-000 – São Paulo/SP, **OU**;



- Entregar na Farmácia Central - Unidade Marechal, Rua Marechal Deodoro da Fonseca, 836 – 2º andar, aos cuidados da Assistência Farmacêutica - horário de atendimento 09h-12h e 14h-16h, telefone 4431-6588/ 4431-6502.
- **Aguardar resposta por telegrama e/ou e-mail da Comissão de Farmacologia da SES/SP.**

INSTITUIÇÃO DE SAÚDE:

(Pública ou Privada – consultórios, clínicas, ambulatórios, convênios, etc.)

- Diretor da Instituição: assina o laudo (clínicas e consultórios particulares, o próprio médico assina);

- Conferir os documentos utilizando a lista de verificação, disponível na página da Comissão de Farmacologia no site da SES/SP: www.saude.sp.gov.br – Notas Técnicas – Acesso Rápido – Comissão de Farmacologia da SES/SP – solicitação de Medicamento por Paciente (de instituição de saúde pública ou privada);

COMISSÃO DE FARMACOLOGIA DA SES/SP:

- Recebe, protocola e confere a documentação;
- Encaminha ao comitê técnico para avaliação;
- Emite parecer técnico pelo Comitê Técnico;
- Responde ao paciente por telegrama e/ou e-mail;
- Encaminha a solicitação ao DRS correspondente para providências.

DRS:

- Recebe a documentação;
- Providencia a aquisição do medicamento;
- Informa o paciente a data e local para retirada do produto.
- As solicitações autorizadas resultarão no **fornecimento mensal** por um **período máximo de 180 dias para medicamentos**, que poderão ser retirados pela AF/SMS e entregues na Farmácia Central – Unidade Marechal, localizada à Rua Marechal Deodoro da Fonseca, nº 836, 2º andar.
- Para renovação da solicitação deverão ser apresentados a **receita médica** e o **Laudo para Avaliação de Solicitação de Medicamento** (Anexo VII) **atualizados**, além dos **exames comprobatórios do seguimento farmacoterapêutico** realizado.



TABELA DE MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NO SUS CLASSIFICADOS POR GRUPO FARMACOLÓGICO, ORIGEM DOS PROGRAMAS E LOCAL DE ACESSO:

- COMPONENTE BÁSICO
- COMPONENTE ESPECIALIZADO
- COMPONENTE ESTRATÉGICO
- FARMÁCIA POPULAR

DISPONIBILIDADE DA REDE MUNICIPAL DE SAUDE DE JUNDIAI:

- UBS/USF - PAs- AMI – CAPS's – SAÚDE DA MULHER – NIS – FMJ – FARMACIA CENTRAL – NAPD

DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
ABACAVIR 300MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
ABACAVIR SOLUÇÃO 20MG/ML (POR FRASCO DE 240ML)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
ABATACEPTE 250 MG INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA).	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ACETAZOLAMIDA 250 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTI GLAUCOMATOSO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ACETILSALICILICO ACIDO 100 MG (POR COMPRIMIDO)	ANALGÉSICO NÃO OPIÓIDE / ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
ACICLOVIR 50 MG/G, CREME (TUBO 10 G)	ANTIVIRAL	COMPONENTE BÁSICO / AMI
ACICLOVIR 200 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIVIRAL	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / UBS / USF / AMI
ACICLOVIR 400 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIVIRAL	AMI
ACICLOVIR INJETÁVEL - 250 MG (POR FRASCO AMPOLA)	ANTIVIRAL	COMPONENTE BÁSICO / AMI
ÁCIDO NICOTÍNICO 250MG (POR COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)	AGENTE HIPOLIPEMIANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
ÁCIDO NICOTÍNICO 500MG (POR COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)	AGENTE HIPOLIPEMIANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ÁCIDO NICOTÍNICO 750 MG (POR COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)	AGENTE HIPOLIPEMIANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ACITRETINA 10 MG (POR CAPSULA)	RETINOIDE ANTIPSORIÁTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ACITRETINA 25 MG (POR CAPSULA)	RETINOIDE ANTIPSORIÁTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ADALIMUMABE 40 MG INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ADEFOVIR 10 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIVIRAL	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ADENOSINA 6MG/2ML (AMPOLA)	ANTIARRÍTMICO	PA's
AGUA BIDEUTILADA (FRASCO 500 ML)	DILUENTE	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / AMI
AGUA DESTILADA PARA INJECÃO (AMPOLA 10 ML)	DILUENTE	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
ALBENDAZOL 4%, SUSPENSÃO (FRASCO 10 ML)	ANTI HELMÍNTICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
ALENDRONATO SODICO 70MG (POR COMPRIMIDO)	BIFOSFONATO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
ALFACALCIDOL 0,25 MCG (POR CAPSULA)	ANÁLOGO DA VITAMINA D	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ALFACALCIDOL 1,0 MCG (POR CAPSULA)	ANÁLOGO DA VITAMINA D	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ALFADORNASE 2,5 MG (POR AMPOLA)	AGENTE MUCOLÍTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ALFAEPOETINA 1.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	ANTIANÊMICO / ESTIMULANTE DA ERITROPOIESE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ALFAEPOETINA 2.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	ANTIANÊMICO / ESTIMULANTE DA ERITROPOIESE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ALFAEPOETINA 3.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	ANTIANÊMICO / ESTIMULANTE DA ERITROPOIESE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ALFAEPOETINA 4.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	ANTIANÊMICO / ESTIMULANTE DA ERITROPOIESE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ALFAEPOETINA 10.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	ANTIANÊMICO / ESTIMULANTE DA ERITROPOIESE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ALFAINTERFERONA 2B 3.000.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	IMUNOESTIMULANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ALFAINTERFERONA 2B 5.000.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	IMUNOESTIMULANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ALFAINTERFERONA 2B 10.000.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	IMUNOESTIMULANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
ALFAPEGINTERFERONA 2A 180MCG (POR SERINGA PREENCHIDA)	IMUNOESTIMULANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ALFAPEGINTERFERONA 2B 80MCG (POR FRASCO-AMPOLA)	IMUNOESTIMULANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ALFAPEGINTERFERONA 2B 100MCG (POR FRASCO-AMPOLA)	IMUNOESTIMULANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ALFAPEGINTERFERONA 2B 120MCG (POR FRASCO-AMPOLA)	IMUNOESTIMULANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ALFATALIGLICERASE 200 U INJETÁVEL (POR FRASCO AMPOLA)	REPOSITOR ENZIMÁTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ALFAVELAGLICERASE 200 U INJETAVEL (POR FRASCO AMPOLA)	REPOSITOR ENZIMÁTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ALFAVELAGLICERASE 400 U INJETAVEL (POR FRASCO AMPOLA)	REPOSITOR ENZIMÁTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ALOPURINOL 100 MG (POR COMPRIMIDO) - DISPONÍVEL A PARTIR DE ABRIL/2016	ANTIGOTOSO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
ALUMINIO HIDROXIDO+MAGNESIO HIDROXIDO SUSPENSAO ORAL (FRASCO 100ML)	ANTIÁCIDO	UBS / USF
AMANTADINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE DOPAMINÉRGICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
AMBRISENTANA 5MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)	ANTI HIPERTENSIVO PULMONAR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
AMBRISENTANA 10MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)	ANTI HIPERTENSIVO PULMONAR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
AMICACINA 250 MG/ML (AMPOLA 2 ML)	ANTIMICROBIANO - AMINOGLICOSÍDEO	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
AMINOFILINA 24 MG/ML, INJETÁVEL (AMPOLA 10ML)	BRONCODILATADOR	UBS / USF
AMINOFILINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	BRONCODILATADOR	UBS / USF
AMIODARONA 50 MG/ML (AMPOLA 3 ML)	ANTIARRÍTMICO	COMPONENTE BÁSICO / PA's
AMIODARONA CLORIDRATO 200 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIARRÍTMICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
AMITRIPTILINA CLORIDRATO 25 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIDEPRESSIVO TRICÍCLICO	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / CAPS / AMI
AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTASSIO 50MG/ML + 12,5MG/ML (FRASCO)	ANTIMICROBIANO -BETA-LACTÂMICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
AMOXICILINA 250 MG/5 ML, PO PARA SUSPENSAO (FRASCO 150 ML)	ANTIMICROBIANO - BETA-LACTÂMICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
AMOXICILINA 500 MG (POR CÁPSULA)	ANTIMICROBIANO - BETA-LACTÂMICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
AMPICILINA 500 MG (POR CÁPSULA)	ANTIMICROBIANO - BETA-LACTÂMICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
ANLÓDIPINA BESILATO 5 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTI HIPERTENSIVO (BLOQUEADOR DE CANAIS DE CÁLCIO)	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
ATENOLOL 25 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTI HIPERTENSIVO (BETABLOQUEADOR CARDIOSSELETIVO)	COMPONENTE BÁSICO / FARMÁCIA POPULAR
ATENOLOL 50 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTI HIPERTENSIVO (BETABLOQUEADOR CARDIOSSELETIVO)	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
ATAZANAVIR 200MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
ATAZANAVIR 300MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
ATORVASTATINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE HIPOLIPEMIANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ATORVASTATINA 20 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE HIPOLIPEMIANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ATORVASTATINA 40 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE HIPOLIPEMIANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ATORVASTATINA 80 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE HIPOLIPEMIANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ATROPINA SULFATO 0,25 MG (AMPOLA 1 ML)	ANTICOLINÉRGICO / MIDRIÁTICO / CICLOPLÉGICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
AZATIOPRINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
AZITROMICINA 200 MG/5 ML, PO PARA SUSPENSÃO ORAL+ DIL.+ COPO	ANTIMICROBIANO - MACROLÍDEO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
AZITROMICINA 500 MG, REVESTIDO (POR COMPRIMIDO)	ANTIMICROBIANO - MACROLÍDEO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
BACLOFENO 10 MG (POR COMPRIMIDO)	RELAXANTE MUSCULAR DE AÇÃO MEDULAR	ESPECÍFICO NAPD
BECLOMETASONA DIPROPIONATO 0,4 MG FLACONETE	GLICOCORTICOIDE	COMPONENTE BÁSICO / FARM. CENTRAL
BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50MCG/DOSE, SPRAY NASAL AQUOSO (FRASCO)	GLICOCORTICOIDE	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / FARMÁCIA POPULAR
BECLOMETASONA DIPROPIONATO 200 MCG/DOSE, PO INALATORIO (FRASCO)	GLICOCORTICOIDE	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / FARMÁCIA POPULAR
BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250MCG/DOSE, SPRAY (FRASCO COM 200 DOSES)	GLICOCORTICOIDE	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / FARMÁCIA POPULAR
BENZIL PENICILINA BENZATINA 600.000 UI + DILUENTE 5 ML (FRASCO-AMPOLA)	ANTIMICROBIANO - BETA-LACTÂMICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
BENZIL PENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI + DILUENTE 5 ML (FRASCO-AMPOLA)	ANTIMICROBIANO - BETA-LACTÂMICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / AMI
BENZIL PENICILINA PROCAINA 300.000UI + BENZIL PEN.POT.100000 (FRASCO-AMPOLA)	ANTIMICROBIANO - BETA-LACTÂMICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (22 MCG) INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	IMUNOESTIMULANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (30 MCG) INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA, SERINGA PREENCHIDA)	IMUNOESTIMULANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
BETAINTERFERONA 1A 12.000.000 UI (44 MCG) INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	IMUNOESTIMULANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
BETAINTERFERONA 1B 9.600.000 UI (300MCG) INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	IMUNOESTIMULANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
BETAMETASONA FOSFATO DISSODICO 3MG+BETAMETASONA ACETATO 3MG (AMPOLA)	GLICOCORTICOIDE	COMPONENTE BÁSICO / PA's / AMI
BEZAFIBRATO 200 MG (POR DRÁGEA OU COMPRIMIDO)	AGENTE HIPOLIPEMIANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
BEZAFIBRATO 400 MG (POR COMPRIMIDO DE DESINTEGRAÇÃO LENTA)	AGENTE HIPOLIPEMIANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
BIMATOPROSTA 0,3 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 3 ML)	ANTI GLAUCOMATOSO / MIÓTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
BIPERIDENO 2 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTICOLINÉRGICO	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / CAPS / AMI
BIPERIDENO 5 MG/ML (AMPOLA 1 ML)	ANTICOLINÉRGICO	CAPS
BISACODIL 5 MG (POR COMPRIMIDO)	LAXANTE	NIS / COLONOSCOPIA
BOCEPREVIR 200 MG (POR CÁPSULA)	ANTIVIRAL	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
BOSENTANA 62,5MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)	ANTI HIPERTENSIVO PULMONAR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
BOSENTANA 125MG (POR COMRIMIDO REVESTIDO)	ANTI HIPERTENSIVO PULMONAR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
BRIMONIDINA 2,0 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 5 ML)	ANTI GLAUCOMATOSO / MIÓTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
BRINZOLAMIDA 10 MG/ML SUSPENSÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 5 ML)	ANTI GLAUCOMATOSO / MIÓTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
BROMOCRIPTINA 2,5 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE DOPAMINÉRGICO / INDUTOR DE OVULAÇÃO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
BUDESONIDA 32MCG/DOSE, AEROSOL NASAL (FRASCO 120 DOSES)	CORTICOSTEROIDE	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
BUDESONIDA 200 MCG PO INALANTE OU AEROSOL BUCAL (POR FRASCO C/ 100 DOSES)	CORTICOSTEROIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
BUDESONIDA 200 MCG PO INALANTE OU AEROSOL BUCAL (POR FRASCO C/ 200 DOSES)	CORTICOSTEROIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
BUDESONIDA 200 MCG (POR CAPSULA INALANTE)	CORTICOSTEROIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
BUDESONIDA 400 MCG (POR CAPSULA INALANTE)	CORTICOSTEROIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
BUPROPIONA CLORIDRATO 150 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIDEPRESSIVO	PROG TABAGISMO



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
CABERGOLINA 0,5 MG (POR COMPRIMIDO)	INIBIDOR DE PROLACTINA	COMPONENTE BÁSICO / COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO / AMI
CALCIO CARBONATO 1250 MG EQUIVALENTE A 500 MG DE CALCIO (POR COMPRIMIDO)	REPOSITOR DE CÁLCIO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
CALCIO CARBONATO 1500MG + COLECALCIFEROL 400UI EQUIVALENTE A 600MG DE CALCIO (POR COMPRIMIDO)	REPOSITOR DE CÁLCIO E VITAMINA D	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
CALCIPOTRIOL 50 MCG/G POMADA (POR BISNAGA DE 30 G)	ANÁLOGO DA VITAMINA D	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CALCITONINA 50 UI INJETAVEL (POR AMPOLA)	AGENTE ANTIPARATIREOIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CALCITONINA 100 UI INJETAVEL (POR AMPOLA)	AGENTE ANTIPARATIREOIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CALCITONINA 200 UI/DOSE SPRAY NASAL (POR FRASCO)	AGENTE ANTIPARATIREOIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CALCITRIOL 0,25 MCG (POR CAPSULA)	ANÁLAGO DA VITAMINA D	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CALCITRIOL 1,0 MCG INJETAVEL (POR AMPOLA)	ANÁLAGO DA VITAMINA D	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CAPTOPRIL 25 MG, SULCADO (POR COMPRIMIDO) - CARRINHO DE PARADA	ANTI HIPERTENSIVO - IECA	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / FARMÁCIA POPULAR
CARBAMAZEPINA 2%, SOLUCAO ORAL (FRASCO APROX. 100 ML)	ANTICONVULSIVANTE	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / CAPS
CARBAMAZEPINA 200 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTICONVULSIVANTE	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL/ CAPS / AMI
CARVEDILOL 12,5 MG (POR COMPRIMIDO)	BLOQUEADOR ALFA E BETA ADRENÉRGICO (INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA)	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
CEFALEXINA 250 MG/5 ML, SUSPENSAO (FRASCO 100 ML) + COPO MEDIDA	ANTIMICROBIANO - CEFALOSPORINA (1º GERAÇÃO)	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
CEFALEXINA 500 MG (POR CÁPSULA)	ANTIMICROBIANO - CEFALOSPORINA (1º GERAÇÃO)	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
CEFEPIMA CLORIDRATO 1 G + L-ARGININA 1 G, DILUENTE 3 ML	ANTIMICROBIANO - CEFALOSPORINA (4º GERAÇÃO)	AMI
CEFTRIAXONA 250 MG INJETÁVEL IM / IV (FRASCO-AMPOLA) - USO DST	ANTIMICROBIANO - CEFALOSPORINA (3º GERAÇÃO)	COMPONENTE BÁSICO / AMI
CEFTRIAXONA 1 G INJETÁVEL IM / IV (FRASCO-AMPOLA)	ANTIMICROBIANO - CEFALOSPORINA (3º GERAÇÃO)	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / AMI / PA's
CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CETOCONAZOL 2%, CREME (TUBO APROX. 20 G)	ANTIFÚNGICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
CETOCONAZOL 200 MG (POR COMPRIMIDO) - DST	ANTIFÚNGICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
CETOPROFENO 100 MG EV (FRASCO-AMPOLA)	ANTI-INFLAMATÓRIO NÃO-ESTEROIDAL	COMPONENTE BÁSICO / PA's / AMI



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
CICLOFOSFAMIDA 50 MG (POR DRAGEA)	ANTINEOPLÁSICO (AGENTE ALQUILANTE)	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CICLOPENTOLATO CLORIDRATO, COLIRIO (FRASCO 5 ML)	MIDRIÁTICO / CICLOPLÉGICO	ESPECÍFICO NIS
CICLOSPORINA 10 MG (POR CAPSULA)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CICLOSPORINA 25 MG (POR CAPSULA)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CICLOSPORINA 50 MG (POR CAPSULA)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CICLOSPORINA 100 MG (POR CAPSULA)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOLUCAO ORAL (POR FRASCO DE 50 ML)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CIMETIDINA 300 MG, INJETAVEL (AMPOLA 2 ML)	ANTIULCEROSO (INIBIDOR DE RECEPTORES H2)	COMPONENTE BÁSICO / PA's / AMI
CINARIZINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTAGONISTA DE CÁLCIO (DISTÚRBIOS CIRCULATÓRIOS CEREBRAIS)	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
CIPROFIBRATO 100 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE HIPOLIPEMIANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CIPROFLOXACINA CLORIDRATO 500 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIMICROBIANO - FLUORQUINOLONA	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
CIPROTERONA 2 MG + 0,035 MG ETINILESTRADIOL (BLISTER 21 DRAGEAS)	ANTIANDROGÊNIO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CIPROTERONA 50 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIANDROGÊNIO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CLARITROMICINA SUSPENSÃO 250 MG/5ML (FRASCO COM 60ML)	ANTIMICROBIANO - MACROLÍDEO	COMPONENTE BÁSICO / AMI
CLARITROMICINA 500 MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)	ANTIMICROBIANO - MACROLÍDEO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
CLINDAMICINA CREME VAGINAL 40 G (POR TUBO)	ANTIMICROBIANO - LINCOSAMIDA	AMI
CLINDAMICINA CLORIDRATO 300 MG (POR CÁPSULA)	ANTIMICROBIANO - LINCOSAMIDA	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / AMI
CLOBAZAM 10 MG (POR COMPRIMIDO)	ANSIOLÍTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CLOBAZAM 20 MG (POR COMPRIMIDO)	ANSIOLÍTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CLOBETASOL 0,5 MG/G CREME (POR BISNAGA DE 30 G)	CORTICOSTEROIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CLOBETASOL 0,5 MG/G SOLUÇÃO CAPILAR (POR FRASCO DE 50 G)	CORTICOSTEROIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CLOFAZIMINA 50 MG (POR CÁPSULA)	TRATAMENTO DE HANSENÍASE	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
CLOFAZIMINA 100 MG (POR CÁPSULA)	TRATAMENTO DE HANSENÍASE	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
CLOMIPRAMINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIDEPRESSIVO TRICÍCLICO	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / CAPS
CLOMIPRAMINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIDEPRESSIVO TRICÍCLICO	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / CAPS
CLONAZEPAN 2 MG (POR COMPRIMIDO) - DISPONÍVEL A PARTIR DE ABRIL/2016	ANTIDEPRESSIVO / ANSIOLÍTICO (BENZODIAZEPÍNICO)	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / AMI / CAPS
CLONAZEPAN 2,5 MG/ML, GOTAS (FRASCO APROX. 20 ML)	ANTIDEPRESSIVO / ANSIOLÍTICO (BENZODIAZEPÍNICO)	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / AMI
CLOPIDOGREL 75 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / DE USO HOSPITALAR / ALTO CUSTO E PA's EM URGÊNCIAS
COLORQUINA 150 MG (POR COMPRIMIDO)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
COLORQUINA 250 MG (POR COMPRIMIDO)	IMUNOSSUPRESSOR	AMI
CLORPROMAZINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIPSIÓTICO	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / CAPS
CLORPROMAZINA 25 MG (AMPOLA 5 ML)	ANTIPSIÓTICO	COMPONENTE BÁSICO / CAPS
CLORPROMAZINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIPSIÓTICO	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / CAPS
CLORPROMAZINA 40 MG/ML GOTAS (FRASCO)	ANTIPSIÓTICO	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / CAPS
CLOZAPINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIPSIÓTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CLOZAPINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIPSIÓTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CODEINA 3 MG/ML SOLUCAO ORAL (POR FRASCO DE 120 ML)	ANALGÉSICO OPIÓIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CODEINA 30 MG (POR COMPRIMIDO)	ANALGÉSICO OPIÓIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CODEINA 30 MG/ML (POR AMPOLA DE 2 ML)	ANALGÉSICO OPIÓIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
CODEINA 60 MG (POR COMPRIMIDO)	ANALGÉSICO OPIÓIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
COLAGENASE 1,2U POMADA DERMATOLOGICA (TUBO 30G)	PROTEOLÍTICO TÓPICO	ESPECÍFICO AMB FMJ / AMI
COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILGETONURICO MAIOR DE 1 ANO - FORMULA DE AMINOÁCIDOS ISENTA DE FENILALANINA (POR GRAMA)	REPOSITOR DE AMINOÁCIDOS	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILGETONURICO MENOR DE 1 ANO - FORMULA DE AMINOÁCIDOS ISENTA DE FENILALANINA (POR GRAMA)	REPOSITOR DE AMINOÁCIDOS	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
DACLATASVIR 60 MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)	ANTIVIRAL	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
DANAZOL 100 MG (POR CAPSULA)	ANTIGONADOTROFINA	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
DANAZOL 200 MG (POR CAPSULA)	ANTIGONADOTROFINA	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
DAPSONA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	TRATAMENTO DE HANSENÍASE	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
DARUNAVIR 600MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
DEFERASIROX 125 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE QUELANTE DE FERRO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
DEFERASIROX 250 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE QUELANTE DE FERRO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
DEFERASIROX 500 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE QUELANTE DE FERRO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
DEFERIPRONA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE QUELANTE DE FERRO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
DELTAMETRINA 20 MG LOCAO TOPICA (FRASCO COM 100 ML)	PARASITICIDA/ESCABICIDA	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
DELTAMETRINA 20 MG SHAMPOO (FRASCO COM 100 ML)	PARASITICIDA/ESCABICIDA	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
DESFERROXAMINA 500 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	AGENTE QUELANTE DE FERRO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
DESMOPRESSINA 0,1 MG/ML APLICACAO NASAL (POR FRASCO DE 2,5 ML)	ANÁLOGO DA VASOPRESSINA	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
DEXAMETASONA 4 MG/ML (AMPOLA 2,5 ML)	CORTICOSTEROIDE	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / AMI / PA's
DEXAMETASONA 1 MG/G, CREME (TUBO 10 G)	CORTICOSTEROIDE	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
DEXCLORFENIRAMINA MALEATO 2 MG/5 ML (FRASCO APROX. 120 ML)	ANTI HISTAMÍNICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
DEXTRANA 70 + HIPROMELOSE COLÍRIO (FRASCO COM 15ML)	LUBRIFICANTE OFTALMOLÓGICO	AMI
DIAZEPAM 10 MG (POR COMPRIMIDO)	SEDATIVO HIPNÓTICO / ANSIOLÍTICO (BENZODIAZEPÍNICO)	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / CAPS / AMI
DIAZEPAM 5 MG/ML, INJETAVEL (AMPOLA 2 ML) - CARRINHO DE PARADA	SEDATIVO HIPNÓTICO / ANSIOLÍTICO (BENZODIAZEPÍNICO)	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
DICLOFENACO SODICO 50 MG(POR COMPRIMIDO)	ANTIINFLAMATÓRIO NÃO-ESTEROIDAL / ANALGÉSICO / ANTIPIRÉTICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
DICLOFENACO SODICO 75 MG, INJETAVEL (AMPOLA 3 ML)	ANTIINFLAMATÓRIO NÃO-ESTEROIDAL / ANALGÉSICO / ANTIPIRÉTICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
DIDANOSINA 4G (PÓ PARA SOLUÇÃO 10MG/ML) + ANTIÁCIDO	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
DIDANOSINA 250MG EC (POR CÁPSULA GASTRORESISTENTE)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
DIDANOSINA 400MG EC (POR CÁPSULA GASTRORESISTENTE)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
DIDROGESTERONA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	PROGESTINA	AMB SAUDE DA MULHER
DIGOXINA 0,25 MG (POR COMPRIMIDO)	GLICOSÍDEO DIGITÁLICO (CARDÍACO)	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
DIMENIDRINATO + PIRIDOXINA DL (AMPOLA 10 ML)	ANTIEMÉTICO / ANTIVERTIGINOSO	COMPONENTE BÁSICO / PA's / AMI
DIMENIDRINATO 50 MG + PIRIDOXINA CLORIDRATO 50 MG (AMPOLA 1 ML)	ANTIEMÉTICO / ANTIVERTIGINOSO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
DIPIRONA SODICA 500 MG/ML, INJETAVEL (AMPOLA 2 ML)	ANALGÉSICO / ANTIPIRÉTICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
DIPIRONA SODICA 500MG/ML, GOTAS (FRASCO 10ML)	ANALGÉSICO / ANTIPIRÉTICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
DONEPEZILA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIDEMÊNCIA	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
DONEPEZILA 5 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIDEMÊNCIA	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
DOPAMINA CLORIDRATO 5 MG/ML, INJETAVEL (AMPOLA 10 ML)	AGENTE DOPAMINÉRGICO (ESTIMULANTE CARDÍACO)	COMPONENTE BÁSICO / PA's / AMI
DORZOLAMIDA 20 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 5 ML)	ANTI GLAUCOMATOSO / MIÓTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
DOXAZOSINA MESILATO 2 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE ANTIADRENÉRGICO DE AÇÃO PERIFÉRICA	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
DOXICICLINA 100 MG (POR COMPRIMIDO) - USO DST	ANTIMICROBIANO - TETRACICLINA	COMPONENTE ESTRATÉGICO / UBS / USF / AMI
EFAVIRENZ 200MG (POR CÁPSULA)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
EFAVIRENZ 600MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
ENALAPRIL MALEATO 5 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTI HIPERTENSIVO (IECA)	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
ENALAPRIL MALEATO 10 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTI HIPERTENSIVO (IECA)	COMPONENTE BÁSICO / FARMÁCIA POPULAR
ENALAPRIL MALEATO 20 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTI HIPERTENSIVO (IECA)	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
ENFUVIRTIDA 108MG (INJETÁVEL) RECONSTITUÍDO 90 MG/ML	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
ENTACAPONA 200 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE DOPAMINÉRGICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ENTECAVIR 0,5 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIVIRAL	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ENTECAVIR 1.0 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIVIRAL	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
EPINEFRINA 1 MG/ML, INJETAVEL (AMPOLA 1 ML)	AGENTE ADRENÉRGICO (ESTIMULANTE CARDÍACO)	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / PA's
ERITROMICINA 125 MG/5 ML, SUSPENSAO (FRASCO 60 ML) + DOSADOR	ANTIMICROBIANO - MACROLÍDEO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
ERITROMICINA ESTOLATO 500 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIMICROBIANO - MACROLÍDEO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
ESPIRAMICINA 1,5 M.U.I. (POR COMPRIMIDO)	ANTIMICROBIANO - MACROLÍDEO	COMPONENTE BÁSICO / AMB SAUDE DA MULHER
ESPIRONOLACTONA 25 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTI HIPERTENSIVO - DIURÉTICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
ESQUEMA TRATAMENTO DE TB 4 EM 1 (POR COMPRIMIDO)	ANTITUBERCULOSTÁTICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / AMI
ESTREPTOMICINA SULFATO 1 G (FRASCO-AMPOLA)	ANTIMICROBIANO-AMINOGLICOSÍDEO	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
ESTRIOL 1 MG/G (TUBO APROX. 50 G) + APLICADOR CALIBRADO	ESTROGÊNIO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
ESTROGENIOS CONJUGADOS 0,625 MG (POR COMPRIMIDO)	ESTROGÊNIO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
ETAMBUTOL 400 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTITUBERCULOSTÁTICO	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
ETANERCEPTO 25 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ETANERCEPTO 50 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ETOFIBRATO 500 MG (POR CAPSULA)	AGENTE HIPOLIPEMIANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ETOSSUXIMIDA 50 MG/ML (FRASCO DE 120 ML)	ANTIEPILÉTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ETRAVIRINA 100MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
EVEROLIMO 0,5 MG (POR COMPRIMIDO)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
EVEROLIMO 0,75 MG (POR COMPRIMIDO)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
EVEROLIMO 1 MG (POR COMPRIMIDO)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
FENILEFRINA CLORIDRATO 10%, COLIRIO (FRASCO 5 ML)	AGENTE ADRENÉRGICO - VASOCONSTRITOR	ESPECÍFICO NIS
FENITOINA 50 MG/ML (AMPOLA 5 ML)	ANTIEPILÉTICO	COMPONENTE BÁSICO / CAPS
FENITOINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIEPILÉTICO	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / AMI / CAPS
FENOBARBITAL 40 MG/ML, SOLUCAO ORAL (FRASCO APROX. 20 ML)	ANTIEPILÉTICO	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / CAPS



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
FENOBARBITAL 100 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIEPILÉTICO	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / CAPS / AMI
FENOBARBITAL 200 MG, INJETAVEL IM/EV (AMPOLA 2 ML) - CARRINHO DE PARADA	ANTIEPILÉTICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / AMI / CAPS
FENOFIBRATO 200 MG (POR CAPSULA)	AGENTE HIPOLIPEMIANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO / AMI
FENOFIBRATO 250 MG (POR CAPSULA DE LIBERACAO RETARDADA)	AGENTE HIPOLIPEMIANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
FENOTEROL 100 MCG AEROSSOL (POR FRASCO DE 200 DOSES)	ADRENÉRGICO INALATÓRIO (AGONISTA SELETIVO RECEPTORES BETA 2 ADRENÉRGICOS)	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
FENOTEROL BROMIDRATO 5 MG/ML - PARA USO NA UNIDADE DE SAÚDE	ADRENÉRGICO INALATÓRIO (AGONISTA SELETIVO RECEPTORES BETA 2 ADRENÉRGICOS)	COMPONENTE BÁSICO / UBS / PSF / PA's
FILGRASTIM 300 MCG INJETAVEL (POR FRASCO AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA)	REGULADOR DE NEUTRÓFILOS	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
FINASTERIDA 5 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIANDROGÊNICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
FINGOLIMODE 0,5 MG (POR CÁPSULA)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
FLUCONAZOL 100 MG (POR CÁPSULA)	ANTIMICÓTICO	COMPONENTE BÁSICO / AMI
FLUCONAZOL 150 MG (POR CÁPSULA)	ANTIMICÓTICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / AMI
FLUDROCORTISONA 0,1 MG (POR COMPRIMIDO)	CORTICOSTEROIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
FLUORISCEINA, COLIRIO (FRASCO APROX. 3 ML)	CORANTE OFTALMOLÓGICO	ESPECÍFICO NIS
FLUOROURACIL 5%, CREME (TUBO 10 A 15 G)	ANTINEOPLÁSICO (AGENTE ANTIMETABÓLITO)	AMI
FLUOXETINA 20 MG (POR COMPRIMIDO/CÁPSULA)	ANTIDEPRESSIVO	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / CAPS / AMI
FLUOXETINA CLORIDRATO, 20MG/ML, GOTAS (FRASCO APROX. 20 ML)	ANTIDEPRESSIVO	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / CAPS
FLUVASTATINA 20 MG (POR CAPSULA)	AGENTE HIPOLIPEMIANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
FLUVASTATINA 40 MG (POR CAPSULA)	AGENTE HIPOLIPEMIANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
FOLICO ACIDO 5 MG (POR COMPRIMIDO)	ÁCIDO FÓLICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
FOLICO ACIDO, GOTAS (FRASCO 30 ML)	ÁCIDO FÓLICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
FOLINATO DE CALCIO 15 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE DESINTOXICANTE	COMPONENTE BÁSICO / AMI
FORMOTEROL 12 MCG (POR CAPSULA INALANTE)	ADRENÉRGICO INALATÓRIO (AGONISTA SELETIVO RECEPTORES BETA 2 ADRENÉRGICOS)	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
FORMOTEROL 6MCG + BUDESONIDA 200 MCG (POR CAPSULA INALANTE)	ADRENÉRGICO INALATÓRIO (AGONISTA SELETIVO RECEPTORES BETA 2 ADRENÉRGICOS)	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
FORMOTEROL 12 MCG + BUDESONIDA 400 MCG (POR CAPSULA INALANTE)	ADRENÉRGICO INALATÓRIO (AGONISTA SELETIVO RECEPTORES BETA 2 ADRENÉRGICOS)	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
FORMOTEROL 6 MCG + BUDESONIDA 200 MCG PO INALANTE (POR FRASCO DE 60 DOSES)	ADRENÉRGICO INALATÓRIO (AGONISTA SELETIVO RECEPTORES BETA 2 ADRENÉRGICOS)	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
FORMOTEROL 12 MCG + BUDESONIDA 400 MCG PO INALANTE (POR FRASCO DE 60 DOSES)	ADRENÉRGICO INALATÓRIO (AGONISTA SELETIVO RECEPTORES BETA 2 ADRENÉRGICOS)	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
FORMOTEROL 12 MCG PO INALANTE (POR FRASCO DE 60 DOSES)	ADRENÉRGICO INALATÓRIO (AGONISTA SELETIVO RECEPTORES BETA 2 ADRENÉRGICOS)	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
FUROSEMIDA 10 MG/ML, INJETAVEL (AMPOLA 2 ML)	ANTI HIPERTENSIVO - DIURÉTICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
FUROSEMIDA 40 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTI HIPERTENSIVO - DIURÉTICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
FOSAMPRENAVIR 700MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
GABAPENTINA 300 MG (POR CAPSULA)	ANTIEPILÉTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO / AMI
GABAPENTINA 400 MG (POR CAPSULA)	ANTIEPILÉTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
GALANTAMINA 8 MG (POR CAPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)	ANTIDEMÊNCIA	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
GALANTAMINA 16 MG (POR CAPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)	ANTIDEMÊNCIA	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
GALANTAMINA 24 MG (POR CAPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)	ANTIDEMÊNCIA	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
GANCICLOVIR 500MG - INJETÁVEL (FRASCO AMPOLA COM10ML)	ANTIVIRAL	AMI
GENFIBROZILA 600 MG (COMPRIMIDO)	AGENTE HIPOLIPEMIANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
GENFIBROZILA 900 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE HIPOLIPEMIANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
GLATIRAMER 20 MG INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	IMUNOESTIMULANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
GLIBENCLAMIDA 5 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE HIPOGLICEMIANTE	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / FARMÁCIA POPULAR
GLICLAZIDA 30 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE HIPOGLICEMIANTE	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
GLICOSE 25%, INJETAVEL (AMPOLA 10 ML)	REPOSITOR CALÓRICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / PA's
GLICOSE 50%, INJETAVEL (AMPOLA 10 ML)	REPOSITOR CALÓRICO	COMPONENTE BÁSICO / PA's / AMI
GOLIMUMABE 50 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
GOSSERRELINA 10,80 MG INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	HORMÔNIO (ANÁLOGO DO HORMÔNIO LIBERADOR DE GONADOTROFINA)	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
GOSSERRELINA 3,60 MG INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	HORMÔNIO (ANÁLOGO DO HORMÔNIO LIBERADOR DE GONADOTROFINA)	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
HALOPERIDOL 1 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIPSICÓTICO	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / CAPS / AMI
HALOPERIDOL 2 MG/ML, GOTAS	ANTIPSICÓTICO	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / CAPS
HALOPERIDOL 5 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIPSICÓTICO	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / CAPS / AMI
HALOPERIDOL 5 MG/ML (AMPOLA)	ANTIPSICÓTICO	COMPONENTE BÁSICO / CAPS
HALOPERIDOL DECANOATO 50 MG/ML (AMPOLA 1 ML)	ANTIPSICÓTICO	COMPONENTE BÁSICO / CAPS
HEPARINA SODICA 5.000 UI, SUBCUTANEA (AMPOLA 0,25 ML)	AGENTE ANTITROMBÓTICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
HIDRALAZINA CLORIDRATO 25 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTI HIPERTENSIVO (ATUA MÚSCULO LISO ARTERIOLAR)	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTI HIPERTENSIVO - DIURÉTICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / FARMÁCIA POPULAR
HIDROCORTISONA SUCCINATO 500 MG, INJETAVEL, COM DILUENTE (FRASCO-AMPOLA)	GLICOCORTICOIDE	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / AMI
HIDROXICLOROQUINA 400 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIRREUMÁTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 230 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIÁCIDO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 300 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIÁCIDO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 61,5 MG/ML (SUSPENSÃO POR FRASCO DE 100 ML)	ANTIÁCIDO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 61,5 MG/ML (SUSPENSÃO POR FRASCO DE 150 ML)	ANTIÁCIDO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 61,5 MG/ML (SUSPENSÃO POR FRASCO DE 240)	ANTIÁCIDO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
HIDROXIUREIA 500 MG (POR CAPSULA)	AGENTE CITOTÓXICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
HIOSCINA 20 MG/ML, INJETAVEL (AMPOLA 1 ML)	ANTICOLINÉRGICO / ANTIESPASMÓDICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / PA's
IBUPROFENO 300 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIINFLAMATÓRIO NÃO-ESTEROIDAL / ANALGÉSICO / ANTIPIRÉTICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
IBUPROFENO 50MG/ML SOLUCAO ORAL (FRASCO)	ANTIINFLAMATÓRIO NÃO-ESTEROIDAL / ANALGÉSICO / ANTIPIRÉTICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
ILOPROSTA 10 MCG/ML SOLUÇÃO PARA NEBULIZAÇÃO (AMPOLA DE 1 ML)	AGENTE ANTITROMBÓTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
IMIGLUCERASE 200 U INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	REPOSITOR ENZIMÁTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
IMIGLUCERASE 400 U INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	REPOSITOR ENZIMÁTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
IMIPRAMINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIDEPRESSIVO - TRICÍCLICO	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / CAPS
IMIQUIMOD CREME 250 MG (TUBO COM 5G)	ANINEOPLÁSICO TÓPICO	AMI
IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 100 UI INJETAVEL (POR FRASCO)	AGENTE IMUNOLÓGICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 500 UI INJETAVEL (POR FRASCO)	AGENTE IMUNOLÓGICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 600 UI INJETAVEL (POR FRASCO)	AGENTE IMUNOLÓGICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
IMUNOGLOBULINA ANTI-RHO (D) 300 MCG (AMPOLA)	AGENTE IMUNOLÓGICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
IMUNOGLOBULINA HUMANA 0,5 G INJETAVEL (POR FRASCO)	AGENTE IMUNOLÓGICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
IMUNOGLOBULINA HUMANA 1,0 G INJETAVEL (POR FRASCO)	AGENTE IMUNOLÓGICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
IMUNOGLOBULINA HUMANA 2,5 G INJETAVEL (POR FRASCO)	AGENTE IMUNOLÓGICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
IMUNOGLOBULINA HUMANA 3,0 G INJETAVEL (POR FRASCO)	AGENTE IMUNOLÓGICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
IMUNOGLOBULINA HUMANA 5,0 G INJETAVEL (POR FRASCO)	AGENTE IMUNOLÓGICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
IMUNOGLOBULINA HUMANA 6,0 G INJETAVEL (POR FRASCO)	AGENTE IMUNOLÓGICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
INFLIXIMABE 10 MG/ML INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA COM 10 ML)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
INSULINA HUMANA NPH 100 UI (FRASCO-AMPOLA 10 ML)	HORMÔNIO HIPOGLICEMIANTE	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / FARMÁCIA POPULAR
INSULINA REGULAR HUMANA 100 UI/ML (FRASCO-AMPOLA 10 ML)	HORMÔNIO HIPOGLICEMIANTE	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / FARMÁCIA POPULAR
IPRATROPIO BROMETO 0,25 MG, GOTAS (FRASCO APROX. 20 ML) - PARA USO NA UNIDADE DE SAÚDE	ANTICOLINÉRGICO INALATÓRIO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / FARMÁCIA POPULAR / PA's
ISONIAZIDA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTITUBERCULOSTÁTICO	COMPONENTE ESTRATÉGICO / UBS / USF / AMI
ISONIAZIDA 75MG + RIFAMPICINA 150 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTITUBERCULOSTÁTICO	COMPONENTE ESTRATÉGICO / UBS / USF / AMI
ISOSSORBIDA DINITRATO 5 MG, SUB-LINGUAL (POR COMPRIMIDO)	AGENTE VASODILATADOR	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
ISOSSORBIDA DINITRATO 10 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE VASODILATADOR	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
ISSORBIDA MONONITRATO 20MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE VASODILATADOR	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
ISOTRETINOINA 10 MG (POR CAPSULA)	RETINOIDE ANTIACNE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ISOTRETINOINA 20 MG (POR CAPSULA)	RETINOIDE ANTIACNE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ITRACONAZOL 100 MG (POR CÁPSULA)	ANTIMICÓTICO	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
IVERMECTINA 6 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE ANTINEMATOIDE	COMPONENTE BÁSICO / AMI
LACTULOSE 667MG/ML SOLUCAO ORAL (FRASCO 120ML)	LAXATIVO DE AÇÃO OSMÓTICA	COMPONENTE BÁSICO / AMI
LAMIVUDINA 10 MG/ML SOLUCAO ORAL (FRASCO DE 240 ML)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESPECIALIZADO / COMPONENTE ESTRATÉGICO / ALTO CUSTO / AMI
LAMIVUDINA 150 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESPECIALIZADO / COMPONENTE ESTRATÉGICO / ALTO CUSTO / AMI
LAMOTRIGINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIEPILÉTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
LAMOTRIGINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIEPILÉTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
LAMOTRIGINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIEPILÉTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
LANREOTIDA 60 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	HORMÔNIO HIPOTALÂMICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
LANREOTIDA 90 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	HORMÔNIO HIPOTALÂMICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
LANREOTIDA 120 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	HORMÔNIO HIPOTALÂMICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
LATANOPROSTA 0,05 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 2,5 ML)	ANTIGLAUCOMATOSO / MIÓTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
LEFLUNOMIDA 20 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIRREUMÁTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
LEUPRORRELINA 3,75 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	HORMÔNIO (ANÁLOGO DO HORMÔNIO LIBERADOR DE GONADOTROFINA)	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
LEUPRORRELINA 11,25 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	HORMÔNIO (ANÁLOGO DO HORMÔNIO LIBERADOR DE GONADOTROFINA)	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
LEVODOPA + BENSERAZIDA CLORIDRATO 200/50 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIPARKINSONIANO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
LEVODOPA 100MG + BENSERAZIDA 25MG DE LIBERACAO PROLONGADA (POR COMPRIMIDO)	ANTIPARKINSONIANO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
LEVODOPA 250 MG + CARBIDOPA 25 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIPARKINSONIANO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
LEVOFLOXACINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIMICROBIANO - QUINOLONA	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
LEVOMEPROMAZINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIPSIKÓTICO	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / CAPS
LEVOMEPROMAZINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIPSIKÓTICO	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / CAPS
LEVOMEPROMAZINA, GOTAS (FRASCO 20 ML)	ANTIPSIKÓTICO	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / CAPS
LEVONORGESTREL 0,15 MG + ETINILESTRADIOL 0,03 MG (BLISTER 21 COMP.)	CONTRACEPTIVO HORMONAL	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
LEVONORGESTREL 0,75 MG (BLISTER 2 COMPRIMIDOS)	CONTRACEPTIVO HORMONAL DE EMERGÊNCIA	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
LEVONORGESTREL 52 MG, ENDOCEPTIVO + ENDOCEPTOR	CONTRACEPTIVO HORMONAL DE EMERGÊNCIA	AMB SAUDE DA MULHER
LEVOTIROXINA SODICA 25 MCG (POR COMPRIMIDO)	HORMÔNIO TIREOIDEANO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
LEVOTIROXINA SODICA 50 MCG (POR COMPRIMIDO)	HORMÔNIO TIREOIDEANO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
LIDOCAINA 100 MG, SPRAY (FRASCO APROX. 50 ML)	AGENTE ANESTÉSICO	COMPONENTE BÁSICO / ESPECÍFICO AMB FMJ
LIDOCAINA 2% COM VASO CONSTRITOR (AMPOLA 20 ML)	AGENTE ANESTÉSICO	COMPONENTE BÁSICO / ESPECÍFICO NIS E AMB FMJ
LIDOCAINA 2% GEL (TUBO 30G) COM BICO DIRECIONADOR	AGENTE ANESTÉSICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
LIDOCAINA 2% SEM VASO CONSTRITOR (AMPOLA 20 ML)	AGENTE ANESTÉSICO	COMPONENTE BÁSICO / ESPECÍFICO NIS E AMB FMJ
LIDOCAINA 2%, GEL (TUBO 30 G)	AGENTE ANESTÉSICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
LIDOCAINA CLORIDRATO 2% SEM VASOCONSTRITOR (AMPOLA 5 ML)	AGENTE ANESTÉSICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / AMI / PA's
LITIO CARBONATO 300 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIPSIKÓTICO	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / CAPS
LOPERAMIDA 2 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIDIARREICO	AMI
LOPINAVER + RITONAVER 100MG + 25MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
LOPINAVER + RITONAVER 200MG + 50MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
LOPINAVER + RITONAVER 80MG + 20MG/ML (POR FRASCO DE 160ML)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
LORATADINA 1 MG/ML (FRASCO COM 100 ML) + COPO MEDIDA	ANTI HISTAMÍNICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
LORATADINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTI HISTAMÍNICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
LOSARTANA POTASSICO 50 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTI HIPERTENSIVO(ANTAGONISTA DA ANGIOTENSINA II)	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / FARMÁCIA POPULAR
LOVASTATINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE HIPOLIPEMIANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
LOVASTATINA 20 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE HIPOLIPEMIANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
LOVASTATINA 40 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE HIPOLIPEMIANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
MAGNESIO SULFATO 10% (AMPOLA 10 ML)	REPOSITOR MINERAL	COMPONENTE BÁSICO / UBS / PSF / AMI / PA's
MANITOL 20% (FRASCO 250 ML)	DIURÉTICO OSMÓTICO	NIS / AMI / AMB SAÚDE DA MULHER / FMJ
MARAVIROQUE 150 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
MARAVIROQUE 300 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
MEBENDAZOL 20 MG/ML, SUSPENSAO (FRASCO 30 ML) + DOSADOR	ANTI HELMÍNTICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
MEDROXIPROGESTERONA ACETATO, 150 MG/1 ML (AMPOLA 1ML)	CONTRACEPTIVO HORMONAL	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / AMB SAÚDE DA MULHER / AMI
MEGLUMINA ANTIMONIATO 1,5 G (AMPOLA 5 ML)	ANTI LEISHMIOSE / ANTI TRIPANOSSOMÍASE	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
MESALAZINA 1 G + DILUENTE 100 ML (ENEMA) - POR DOSE	ANTIINFLAMATÓRIO INTESTINAL	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
MESALAZINA 3 G + DILUENTE 100 ML (ENEMA) - POR DOSE	ANTIINFLAMATÓRIO INTESTINAL	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
MESALAZINA 250 MG (POR SUPOSITORIO)	ANTIINFLAMATÓRIO INTESTINAL	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
MESALAZINA 500 MG (POR SUPOSITORIO)	ANTIINFLAMATÓRIO INTESTINAL	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
MESALAZINA 1000 MG (POR SUPOSITORIO)	ANTIINFLAMATÓRIO INTESTINAL	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
MESALAZINA 400 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIINFLAMATÓRIO INTESTINAL	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
MESALAZINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIINFLAMATÓRIO INTESTINAL	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
MESALAZINA 800 MG - POR COMPRIMIDO	ANTIINFLAMATÓRIO INTESTINAL	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
METADONA 5 MG (POR COMPRIMIDO)	ANALGÉSICO OPIÓIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
METADONA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	ANALGÉSICO OPIÓIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
METADONA 10 MG/ML INJETAVEL (POR AMPOLA DE 1 ML)	ANALGÉSICO OPIÓIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
METFORMINA CLORIDRATO 500 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE HIPOGLICEMIANTE	COMPONENTE BÁSICO / FARMÁCIA POPULAR
METFORMINA CLORIDRATO 500 MG AÇÃO PROLONGADA (POR COMPRIMIDO)	AGENTE HIPOGLICEMIANTE	COMPONENTE BÁSICO / FARMÁCIA POPULAR
METFORMINA CLORIDRATO 850 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE HIPOGLICEMIANTE	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / FARMÁCIA POPULAR
METILDOPA 250 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTI HIPERTENSIVO / ANTIADRENÉRGICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
METILDOPA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTI HIPERTENSIVO / ANTIADRENÉRGICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
METILPREDNISOLONA 500 MG INJETAVEL (POR AMPOLA)	GLICOCORTICOIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
METILPREDNISOLONA ACETATO 40 MG/ML (FRASCO-AMPOLA 2 ML)	GLICOCORTICOIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO / USO ESPECÍFICO NIS
METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO INJETÁVEL (AMPOLA 2 ML)	ANTIEMÉTICO / PROPULSIVO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / PA's
METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 10 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIEMÉTICO / PROPULSIVO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
METOPROLOL SUCCINATO 50 MG (POR COMPRIMIDO) - DISPONÍVEL A PARTIR DE ABRIL/2016	ANTI HIPERTENSIVO / ANTIARRÍTMICO / ANTIANGINOSO (BETA BLOQUEADOR SELETIVO)	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
METOTREXATO 2,5 MG (POR COMPRIMIDO)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO / FARM CENTRAL
METOTREXATO 25 MG/ML INJETAVEL (POR AMPOLA DE 2 ML)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
METRONIDAZOL 40 MG/ML, SUSPENSAO A 4% (FRASCO APROX. 80 ML)	ANTI-INFECCIOSO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
METRONIDAZOL 100 MG/G, GEL (TUBO APROX. 50 G) + 10 APLICADORES	ANTI-INFECCIOSO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
METRONIDAZOL 250 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTI-INFECCIOSO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
MICOFENOLATO DE SODIO 180 MG (POR COMPRIMIDO)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
MICOFENOLATO DE SODIO 360 MG (POR COMPRIMIDO)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
MICONAZOL 20 MG/G, CREME VAGINAL (TUBO 80 G) + 14 APLICADORES	ANTIFÚNGICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
MIDAZOLAN 15MG/ML (AMPOLA 3ML)	HIPNÓTICO SEDATIVO	COMPONENTE BÁSICO / PA's / CAPS
MIGLUSTATE 100 MG (POR CAPSULA)	REGULADOR DO METABOLISMO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
MINOCICLINA, CLORIDRATO 100 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIMICROBIANO - TETRACICLINA	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
MOLGRAMOSTIM 300 MCG INJETAVEL (POR FRASCO)	ESTIMULANTE DE LEUCÓCITOS	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
MORFINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	ANALGÉSICO OPIÓIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
MORFINA 10 MG/ML (POR AMPOLA DE 1 ML)	ANALGÉSICO OPIÓIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
MORFINA 10 MG/ML SOLUCAO ORAL (POR FRASCO DE 60 ML)	ANALGÉSICO OPIÓIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
MORFINA 30 MG (POR COMPRIMIDO)	ANALGÉSICO OPIÓIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
MORFINA DE LIBERACAO CONTROLADA 30 MG (POR CAPSULA)	ANALGÉSICO OPIÓIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
MORFINA DE LIBERACAO CONTROLADA 60 MG (POR CAPSULA)	ANALGÉSICO OPIÓIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
MORFINA DE LIBERACAO CONTROLADA 100 MG (POR CAPSULA)	ANALGÉSICO OPIÓIDE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
MULTIBACILAR ADULTO (BLISTER)	TRATAMENTO DA HANSENÍASE	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / AMI
MUPIROCINA 2%, CREME (TUBO APROX. 15 G)	ANTIMICROBIANO TÓPICO	AMI / AMB FMJ
NALTREXONA 50 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTAGONISTA NARCÓTICO / ALCOOLISMO	ESPECÍFICO CAPS AD 3
NAPROXENO 250 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTI-INFLAMATÓRIO NÃO ESTEROIDAL	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
NAPROXENO 500 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTI-INFLAMATÓRIO NÃO ESTEROIDAL	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
NATALIZUMABE 300MG (POR FRASCO-AMPOLA)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
N-BUTIL ESCOPOLAMINA 20 MG + DIPIRONA SODICA 2.500 MG (AMPOLA 5 ML)	ANTIESPASMÓDICO	AMI
N-BUTIL ESCOPOLAMINA 333 MG+DIPIRONA SOD.6,7 MG/ML, GOTAS	ANTIESPASMÓDICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
NEOMICINA + BACITRACINA, POMADA (TUBO APROX. 15 G)	ANTIMICROBIANO TÓPICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
NEVIRAPINA 200MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
NEVIRAPINA SUSPENSÃO 50MG/5ML (POR FRASCO COM 240ML)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
NICOTINA 7 MG ADESIVO TRANSDERMICO, EM KIT COM 7 ADESIVOS	ESTIMULANTE DO SNC (TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA)	PROG TABAGISMO
NICOTINA 14 MG ADESIVO TRANSDERMICO, EM KIT COM 7 ADESIVOS	ESTIMULANTE DO SNC (TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA)	PROG TABAGISMO
NICOTINA 21 MG ADESIVO TRANSDERMICO, EM KIT COM 7 ADESIVOS	ESTIMULANTE DO SNC (TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA)	PROG TABAGISMO



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
NICOTINA 2 MG PASTILHA	ESTIMULANTE DO SNC (TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA)	PROG TABAGISMO
NISTATINA 100.000 UI/ML, SUSPENSÃO (FRASCO 50 ML) + DOSADOR	ANTI-INFECCIOSO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
NITRAZEPAM 5 MG (POR COMPRIMIDO)	SEDATIVO HIPNÓTICO / ANSIOLÍTICO (BENZODIAZEPÍNICO)	FARM CENTRAL / CAPS
NITROFURANTOINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIMICROBIANO	COMPONENTE BÁSICO / AMB SAUDE DA MULHER
NORETISTERONA 0,35 MG (BLISTER 35 COMPRIMIDOS)	CONTRACEPTIVO HORMONAL	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
NORETISTERONA ACETATO 10 MG (POR COMPRIMIDO)	CONTRACEPTIVO HORMONAL	COMPONENTE BÁSICO / AMB SAUDE DA MULHER
NORETISTERONA ENANTATO 50MG+ESTRADIOL VALERATO 5MG,INJETAVEL	CONTRACEPTIVO HORMONAL	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / AMI
NORFLOXACINA 400 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIMICROBIANO - QUINOLONA	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
NORTRIPTILINA CLORIDRATO 25 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIDEPRESSIVO	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / CAPS
OCTREOTIDA 0,1 MG/ML INJETAVEL (POR AMPOLA)	HORMÔNIO HIPOTALÂMICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
OCTREOTIDA LAR 10 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	HORMÔNIO HIPOTALÂMICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
OCTREOTIDA LAR 20 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	HORMÔNIO HIPOTALÂMICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
OCTREOTIDA LAR 30 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	HORMÔNIO HIPOTALÂMICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
OLANZAPINA 5 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIPSIKÓTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
OLANZAPINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIPSIKÓTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
OLEO MINERAL (FRASCO 100 ML)	EMOLIENTE	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
OMEPRAZOL 20 MG (POR CÁPSULA)	INIBIDOR DE BOMBA DE PRÓTONS	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
OMEPRAZOL 40MG/ML INJETAVEL EV	INIBIDOR DE BOMBA DE PRÓTONS	PA's
OSELTAMIVIR 30MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / PA's E HOSPITAIS/AMI
OSELTAMIVIR 45MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / PA's E HOSPITAIS/AMI
OSELTAMIVIR 75MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / PA's E HOSPITAIS / AMI
OXIBUTININA 5MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIESPASMÓDICO / ANTICOLINÉRGICO (SISTEMA GENITURINÁRIO)	ESPECÍFICO NAPD



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
PAMIDRONATO 30 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	BIFOSFONADO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
PAMIDRONATO 60 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	BIFOSFONADO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
PANCREATINA 10.000 UI (POR CAPSULA)	ENZIMA DIGESTIVA	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
PANCREATINA 25000 UI (POR CAPSULA)	ENZIMA DIGESTIVA	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
PANCRELIPASE 12.000 UI (POR CAPSULA)	ENZIMA DIGESTIVA	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
PANCRELIPASE 18.000 UI (POR CAPSULA)	ENZIMA DIGESTIVA	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
PANCRELIPASE 20.000 UI (POR CAPSULA)	ENZIMA DIGESTIVA	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
PANCRELIPASE 4500 UI (POR CAPSULA)	ENZIMA DIGESTIVA	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
PARACETAMOL 200 MG/ML (FRASCO 15 ML)	ANALGÉSICO NÃO OPIÓIDE / ANTIPIRÉTICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
PARACETAMOL 500 MG (POR COMPRIMIDO)	ANALGÉSICO NÃO OPIÓIDE / ANTIPIRÉTICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
PAUCIBACILAR ADULTO (BLISTER)	TRATAMENTO DA HANSENÍASE	COMPONENTE ESTRATÉGICO / UBS / USF / AMI
PENICILAMINA 250 MG (POR CAPSULA)	ANTIRREUMÁTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
PERICIAZINA 4%, GOTAS (FRASCO APROX. 20 ML)	SEDATIVO	FARM CENTRAL / CAPS
PILOCARPINA 20 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 10 ML)	ANTI GLAUCOMATOSO / MIÓTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
PIRAZINAMIDA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTITUBERCULOSTÁTICO	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
PIRAZINAMIDA SUSPENSAO (FRASCO APROX. 100 ML)	ANTITUBERCULOSTÁTICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / AMI
PIRIDOSTIGMINA 60 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE PARASSIMPATICOMIMÉTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
PIRIDOXINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)	REPOSITOR DE VITAMINA B6	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / AMI
PIRIMETAMINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIMALÁRICO	COMPONENTE BÁSICO / AMI
PODOFILOTOXINA CREME 1,5 MG/G (TUBO COM 5G)	ANTIVERRUCOSO	AMI
POLICRESULENO SOLUCAO (FRASCO 12ML)	ANTI-HEMORROIDÁRIO	ESPECÍFICO AMB FMJ
POLICRESULINO 0,5 G/10 G, GEL (TUBO 50 G) + APLICADOR	ANTI-HEMORROIDÁRIO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
POLIVITAMINICO A,B1,B2,PP,B6,B5,C,D,E, GOTAS (FRASCO 20 ML)	REPOSITOR DE VITAMINAS	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
POMADA C/VIT.A+VIT.D3+OX.ZINCO+OLEO FIG.BAC+VEIC.HIDR (TUBO 25-50G)	DERMOPROTETOR	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
POTASSIO CLORETO 19,1% (AMPOLA 10 ML)	REPOSITOR DE POTÁSSIO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
POTASSIO CLORETO 600 MG (POR COMPRIMIDO)	REPOSITOR DE POTÁSSIO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
POTASSIO PERMANGANATO 100 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTISSÉPTICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
PRAMIPEXOL 0,125 MG (POR COMPRIMIDO)	INIBIDOR DE PROLACTINA	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
PRAMIPEXOL 0,25 MG (POR COMPRIMIDO)	INIBIDOR DE PROLACTINA	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
PRAMIPEXOL 1 MG (POR COMPRIMIDO)	INIBIDOR DE PROLACTINA	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
PRAVASTATINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE HIPOLIPEMIANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
PRAVASTATINA 20MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE HIPOLIPEMIANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO / AMI
PRAVASTATINA 40 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE HIPOLIPEMIANTE	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
PRAZICUANTEL 600 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTITREMATOIDE	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
PREDNISOLONA 3MG/ML SOLUCAO ORAL (FRASCO 100 ML A 120 ML)	GLICOCORTICOIDE	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
PREDNISONA 5 MG (POR COMPRIMIDO)	GLICOCORTICOIDE	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
PREDNISONA 20 MG (POR COMPRIMIDO)	GLICOCORTICOIDE	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
PRIMIDONA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIEPILÉTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
PRIMIDONA 250 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIEPILÉTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
PROMETAZINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTI HISTAMÍNICO	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / CAPS
PROMETAZINA CLORIDRATO 25 MG/ML, INJETAVEL (AMPOLA 2 ML)	ANTI HISTAMÍNICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / PA's / CAPS
PROPAFENONA 300 MG (POR COMPRIMIDO) - DISPONÍVEL A PARTIR DE ABRIL/2016	ANTIARRÍTMICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
PROPRANOLOL CLORIDRATO 40 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTI-HIPERTENSIVO (BETA BLOQUEADOR)	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / FARMÁCIA POPULAR
PROXIMETACAINA CLORIDRATO, COLIRIO (FRASCO 5 ML)	ANESTÉSICO LOCAL (OCULAR)	ESPECÍFICO NIS



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
QUETIAPINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIPSICÓTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
QUETIAPINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIPSICÓTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
QUETIAPINA 200 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIPSICÓTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
QUETIAPINA 300 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIPSICÓTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
RALOXIFENO 60 MG (POR COMPRIMIDO)	MODULADOR SELETIVO DE RECEPTORES DE ESTROGÊNIO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
RALTEGRAVIR 400MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
RANITIDINA CLORIDRATO 50MG/ML (AMPOLA 2ML)	ANTIULCEROSO (ANTAGONISTA DE RECEPTORES H2)	COMPONENTE BÁSICO / PA's
RIBAVIRINA 250 MG (POR CAPSULA)	ANTIVIRAL	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
RIFAMPICINA 20 MG/ML, SUSPENSAO (FRASCO APROX. 50 ML)	TRATAMENTO DE HANSENÍASE / TRATAMENTO DE TUBERCULOSE	COMPONENTE ESTRATÉGICO / UBS / USF / AMI
RIFAMPICINA 300 MG (POR CÁPSULA)	TRATAMENTO DE HANSENÍASE / TRATAMENTO DE TUBERCULOSE	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
RILUZOL 50 MG (POR COMPRIMIDO)	INIBIDOR GLUTAMATÉRGICO (DOENÇAS DO SNC)	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
RINGER LACTATO, SOLUCAO (FRASCO 500 ML)	SOLUÇÃO ELETROLÍTICA	COMPONENTE ESTRATÉGICO / PA's / AMI
RISEDRONATO 5 MG (POR COMPRIMIDO)	BIFOSFONATO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
RISEDRONATO 35 MG (POR COMPRIMIDO)	BIFOSFONATO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
RISPERIDONA 1 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIPSICÓTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
RISPERIDONA 2 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIPSICÓTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
RISPERIDONA 3 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIPSICÓTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
RITONAVIR 100MG (POR CÁPSULA)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
RITUXIMABE 500 MG INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA DE 50 ML)	ANTICORPO MONOCLONAL	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
RIVASTIGMINA 1,5 MG (POR CAPSULA)	ANTIDEMÊNCIA	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
RIVASTIGMINA 2,0 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (POR FRASCO DE 120 ML)	ANTIDEMÊNCIA	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
RIVASTIGMINA 3 MG (POR CAPSULA)	ANTIDEMÊNCIA	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
RIVASTIGMINA 4,5 MG (POR CAPSULA)	ANTIDEMÊNCIA	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
RIVASTIGMINA 6 MG (POR CAPSULA)	ANTIDEMÊNCIA	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO 100 MG INJETAVEL (POR FRASCO DE 5 ML)	REPOSIÇÃO DE FERRO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL (ENVELOPE APROX. 27,9 G)	REIDRATANTE	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
SALBUTAMOL 2 MG/5 ML, XAROPE (FRASCO APROX. 120 ML)	BRONCODILATADOR (AGONISTA SELETIVO DOS RECEPTORES BETA 2 ADRENÉRGICOS)	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
SALBUTAMOL MICRONIZADO 100 MCG, SPRAY (FRASCO 200 DOSES)+ESPACADOR	BRONCODILATADOR (AGONISTA SELETIVO DOS RECEPTORES BETA 2 ADRENÉRGICOS)	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / FARMÁCIA POPULAR
SALBUTAMOL SULFATO 0,5 MG/ML (AMPOLA)	BRONCODILATADOR (AGONISTA SELETIVO DOS RECEPTORES BETA 2 ADRENÉRGICOS)	COMPONENTE BÁSICO / PA's
SALMETEROL 50 MCG PO INALANTE OU AEROSOL BUCAL (POR FRASCO DE 60 DOSES)	ADRENÉRGICO INALATÓRIO (AGONISTA SELETIVO RECEPTORES BETA 2 ADRENÉRGICOS)	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
SECNIDAZOL 1000 MG (POR COMPRIMIDO)	PARASITICIDA	AMI
SELEGILINA 5 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE DOPAMINÉRGICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
SELEGILINA 10 MG (POR DRAGEA OU COMPRIMIDO)	AGENTE DOPAMINÉRGICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
SERTRALINA CLORIDRATO 50 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIDEPRESSIVO	FARM CENTRAL/CAPS/AMI
SEVELAMER 800 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE QUELANTE DE FÓSFORO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
SILDENAFILA 20 MG (POR COMPRIMIDO)	ESTIMULANTE CARDÍACO / ANTI HIPERTENSIVO PULMONAR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
SILDENAFILA 25 MG (POR COMPRIMIDO)	ESTIMULANTE CARDÍACO / ANTI HIPERTENSIVO PULMONAR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
SILDENAFILA 50 MG (POR COMPRIMIDO)	ESTIMULANTE CARDÍACO / ANTI HIPERTENSIVO PULMONAR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
SIMEPREVIR 150 MG (POR CÁPSULA)	ANTIVIRAL	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
SINVASTATINA 20 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE HIPOLIPEMIANTE	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
SIROLIMO 1 MG (POR DRAGEA)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
SIROLIMO 2 MG (POR DRAGEA)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
SODIO BICARBONATO 8,4% (AMPOLA 10 ML)	SOLUÇÃO ELETROLÍTICA	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / PA's
SODIO BICARBONATO, PO (ENVELOPE 100 G)	REPOSITOR ELETROLÍTICO	AMI



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
SODIO CLORETO 0,9% SOLUCAO NASAL (FRASCO 30ML)	SOLUÇÃO NASAL	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
SODIO CLORETO 20% (AMPOLA 10 ML)	SOLUÇÃO ELETROLÍTICA	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / PA's
SODIO HIPOCLORITO 2,5%,GOTAS (FRASCO 30ML A 50ML)+GOTEJADOR	ANTISSÉPTICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
SOFOSBUVIR 400 MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)	ANTIVIRAL	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
SOMATROPINA 4 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	HORMÔNIO ESTIMULANTE DO CRESCIMENTO ESQUELÉTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
SOMATROPINA 12 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	HORMÔNIO ESTIMULANTE DO CRESCIMENTO ESQUELÉTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
SORO FISIOLÓGICO 0,9% (AMPOLA 10 ML)	SOLUÇÃO ELETROLÍTICA	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / PA's
SORO FISIOLÓGICO 0,9% (FRASCO 250 ML)	SOLUÇÃO ELETROLÍTICA	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / PA's
SORO FISIOLÓGICO 0,9% (FRASCO 500 ML)	SOLUÇÃO ELETROLÍTICA	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / PA's
SORO FISIOLÓGICO 0,9% (FRASCO 1000 ML)	SOLUÇÃO ELETROLÍTICA	COMPONENTE BÁSICO / PA's / AMI
SORO GLICOFISIOLÓGICO (FRASCO 1000 ML)	SOLUÇÃO ELETROLÍTICA	PA's / AMI
SORO GLICOSADO 5% (FRASCO 250 ML)	SOLUÇÃO ELETROLÍTICA	UBS / USF / PA's
SORO GLICOSADO 5% (FRASCO 500 ML)	SOLUÇÃO ELETROLÍTICA	PA's
SORO GLICOSADO 5% (FRASCO 1000 ML)	SOLUÇÃO ELETROLÍTICA	PA's / AMI
SULFADIAZINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIMICROBIANO - SULFONAMIDA	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / AMI
SULFAMETOXAZOL 200 MG+TRIMETOPRIMA 40 MG/5 ML(FRASCO 100ML) DOSADOR	ANTIMICROBIANO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
SULFAMETOXAZOL 400 MG + TRIMETOPRIMA 80 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIMICROBIANO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
SULFASSALAZINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIINFLAMATÓRIO INTESTINAL	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
SULFATO FERROSO 25 MG/ML (FRASCO 30 ML)	REPOSITOR DE FERRO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
SULFATO FERROSO EQUIVALENTE A 40 MG DE FERRO ELEMENTAR (POR COMPRIMIDO)	REPOSITOR DE FERRO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
TACROLIMO 1 MG (POR CAPSULA)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
TACROLIMO 5 MG (POR CAPSULA)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
TALIDOMIDA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESTRATÉGICO / FARM CENTRAL / AMI
TELAPREVIR 375 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIVIRAL	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
TENOFOVIR 300 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO / AMI
TENOFOVIR 300MG + LAMIVUDINA 300MG - 2X1 (COMPRIMIDO)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
TENOFOVIR 300MG + LAMIVUDINA 300MG + EFAVIRENZ 600MG - 3X1 (COMPRIMIDO)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
TIAMINA 100+PIRIDOXINA 100+CIANOCOBALAMINA 5000 - SOL.INJ.	COMPLEXO VITAMÍNICO (AUXILIAR EM NEURITES E NEURALGIAS)	PA's / AMI
TIAMINA CLORIDRATO 300 MG (POR COMPRIMIDO)	REPOSITOR DE VITAMIA B1	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL/ UBS / USF / AMI
TIANFENICOL 2,5 G (POR ENVELOPE)	ANTIMICROBIANO	AMI
TIMOLOL 5,0 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 5 ML)	ANTI GLAUCOMATOSO / MIÓTICO	COMPONENTE BÁSICO / COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
TIORIDAZINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIPSIKÓTICO	FARM CENTRAL / CAPS
TIPRANA VIR 250MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
TOBRAMICINA SULFATO, SOLUCAO OFTÁLMICA (FRASCO 5 ML)	ANTIMICROBIANO - AMINOGLICOSÍDEO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
TOCILIZUMABE 20 MG/ML INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA DE 4 ML)	IMUNOSSUPRESSOR	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
TOLCAPONA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	AGENTE DOPAMINÉRGICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
TOPIRAMATO 100 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIEPILÉTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
TOPIRAMATO 25 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIEPILÉTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
TOPIRAMATO 50 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIEPILÉTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
TOXINA BOTULINICA TIPO A 100 U INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	RELAXANTE MUSCULAR DE AÇÃO PERIFÉRICA	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
TOXINA BOTULINICA TIPO A 500 U INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	RELAXANTE MUSCULAR DE AÇÃO PERIFÉRICA	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
TRAMADOL 50 MG/ML (AMPOLA 2 ML)	ANALGÉSICO OPIÓIDE	PA's
TRAVOPROSTA 0,04 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 2,5 ML)	ANTI GLAUCOMATOSO / MIÓTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
TRIANCINOLONA ACETONIDO 1 MG/G, USO ODONTOLÓGICO (TUBO 10 G)	CORTICOSTEROIDE	AMI



DESCRIÇÃO	GRUPO FARMACOLÓGICO	ORIGEM
TRIEXIFENIDIL 5 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIPARKINSONIANO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
TRIPTORRELINA 11,25 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	HORMÔNIO (ANÁLOGO DO HORMÔNIO LIBERADOR DE GONADOTROFINA)	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
TRIPTORRELINA 3,75 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	HORMÔNIO (ANÁLOGO DO HORMÔNIO LIBERADOR DE GONADOTROFINA)	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
TROPICAMIDA 1%, COLIRIO (FRASCO APROX. 5 ML)	MIDRIÁTICO / CICLOPLÉGICO	ESPECÍFICO NIS
VALACICLOVIR 500MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIVIRAL	AMI
VALPROICO ACIDO 250 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIEPILÉTICO	COMPONENTE BÁSICO / FARM CENTRAL / CAPS
VARFARINA 5 MG (POR COMPRIMIDO - DISPONÍVEL A PARTIR DE ABRIL/2016)	AGENTE ANTITROMBÓTICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
VERAPAMIL 80 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIARRÍTMICO	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
VIGABATRINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIEPILÉTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
VITAMINA A + AMINOACIDOS + CLORANFENICOL (TUBO 3 G)	ANTIMICROBIANO TÓPICO	ESPECÍFICO NIS / PA's
VITAMINA C 200 MG/ML, GOTAS (FRASCO APROX. 20 ML)	REPOSITOR DE VITAMINA C	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
VITAMINA C 100 MG/ML, INJETAVEL (AMPOLA 5 ML)	REPOSITOR DE VITAMINA C	PA's / AMI
VITAMINA K1 SINTETICA, FITOMENADIONA INJETAVEL (AMPOLA 1 ML)	AGENTE ANTITROMBÓTICO	PA's / AMI
VITAMINAS DO COMPLEXO B (POR COMPRIMIDO)	REPOSITOR DE VITAMINAS DO COMPLEXO B	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF
VITAMINAS DO COMPLEXO B (AMPOLA 2 ML) E.V.	REPOSITOR DE VITAMINAS DO COMPLEXO B	COMPONENTE BÁSICO / UBS / USF / AMI
ZIDOVUDINA 100MG (POR CÁPSULA)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
ZIDOVUDINA 200MG (FRASCO 20ML) INJETÁVEL	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
ZIDOVUDINA 300MG + LAMIVUDINA 150MG (POR COMPRIMIDO)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
ZIDOVUDINA SOLUÇÃO 10MG/ML (FRASCO COM 200ML)	ANTIRRETROVIRAL	COMPONENTE ESTRATÉGICO / AMI
ZIPRASIDONA 40 MG (POR CAPSULA)	ANTIPSICÓTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO
ZIPRASIDONA 80 MG (POR CAPSULA)	ANTIPSICÓTICO	COMPONENTE ESPECIALIZADO / ALTO CUSTO



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BRASIL. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Assistência Farmacêutica. Manual de Assistência Farmacêutica – Rede de Atenção Básica e Ambulatorial. Descrição de Atribuições e Atividades de Farmacêuticos e Técnicos/Auxiliares de Farmácia. 2 ed. São Paulo, 2013.

- BRASIL. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: < http://www.anvisa.gov.br/hotsite/legis/Portaria_344_98.pdf>. Acesso em: 22/10/2015.

- BRASIL. Estado de São Paulo. Gabinete do Secretário. Resolução SS-54, de 11 de maio de 2012. Aprova no âmbito da Pasta, estrutura e funcionamento da Comissão de Farmacologia da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, Poder Executivo, São Paulo, n. 89, 12 de maio de 2012, Seção 1, p.37.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 874, de 16/05/2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 27/10/2015.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 971, de 17 de maio de 2012. Dispõe sobre o programa de farmácia popular do Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº95, 17 de maio de 2012, Seção 1.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.981 de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1332344988133Portaria%20GM%20MS%20n.%202981%20de%2026-11-2009.pdf>>. Acesso em : 20/10/2015.



- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 3.429 de 11 de novembro de 2010. Estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3429_11_11_2010.html>. Acesso em: 20/10/2015.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2014. Brasília, DF, 9ª ed., 2015.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 140, de 27/02/2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html>. Acesso em: 27/10/2015.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 741, de 19/12/2005, que define as Unidades Hospitalares que dispõem de todos os recursos humanos e tecnológicos à assistência integral do paciente de câncer. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/.../PORTARIA+Nº+741-2005.pdf>. Acesso em: 27/10/2015.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão estratégica e Participativa. Portaria nº8 de 25 de maio de 2007. Regulamenta o Sistema OuvidorSUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgep/2007/prt0008_25_05_2007.html>. Acesso em: 22/10/2015.

- BRASIL. Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Grupo de Assistência Farmacêutica. Assistência Farmacêutica. Disponível em: <http://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2014/09/Assist-Farmacêutica_Scipriano_260613.pdf>. Acesso em: 20/10/2015.- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 387, de 28 de outubro de 2015. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções



Normativas – RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, RN nº 349, de 9 de maio de 2014; e da outras providências. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzExMA==>>. Acesso em: 16 de nov. 2015.

- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rol de Procedimentos e eventos em saúde 2016. Anexo II. Diretrizes de Utilização Para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar. Disponível em: <<http://www.rhbeneficios.com.br/content/interfaces/cms/userfiles/files/RN%20387.pdf>>. Acesso em 23 de nov. 2015.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Avanços da oncologia na saúde suplementar. Rio de Janeiro, 40 p., 2014.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rol de procedimentos e eventos em saúde. Resolução Normativa – RN N° 338 de 21 de outubro de 2013 e anexos. Rio de Janeiro, 179 p., 25 fev. 2014.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN N° 338 de 21 de outubro de 2013. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010, RN nº 262, de 1 de agosto de 2011, RN nº 281, de 19 de dezembro de 2011 e a RN nº 325, de 18 de abril de 2013; e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2013/res0338_21_10_2013.html>. Acesso em: 12 de nov. 2015.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN N° 349 de 09 de maio de 2014. Altera a Resolução Normativa – RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar o tratamento antineoplásico de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia de que trata a Lei nº 12.880, de 12 de novembro de 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2014/res0349_09_05_2014.html>. Acesso em: 12 de nov. 2015.



- BRASIL. . Presidência da República. Casa Civil. Lei N° 9.656 de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm>. Acesso em 10 de nov. 2015.

- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei N° 12.880, de 12 de novembro de 2013. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para incluir tratamentos entre as coberturas obrigatórias. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ ato2011-2014/2013/lei/l12880.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/lei/l12880.htm)>. Acesso em: 12 de nov. 2015.


- ESTADO DE SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Súmula 102. Disponível em:<<http://www.tjsp.jus.br/download/secaodireitoprivado/sumulas.pdf>>. Acesso em: 16 de nov. 2015.

- IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. 2014. Disponível em:<<http://www.idec.org.br/em-acao/em-foco/ans-obriga-que-operadoras-fornecam-medicamentos-para-reaces-a-quimioterapia>>. Acesso em: 16 nov. 2015.



ANEXO I





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado de Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

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* kg

4- Nome da Mãe do Paciente* 6- Altura do paciente* cm

1	2	3	4	5	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 da doença?*

SIM. Relatar:

NÃO

13- Atestado de capacidade*

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?

NÃO 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- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante

16- Data da solicitação*

17- Assinatura e carimbo do médico*

18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante

Outro, informar nome: e CPF

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*

Branca Amarela

Preta Indígena. Informar Etnia:

Parda Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente

CPF ou CNS

22- Correlativo eletrônico do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO



ANEXO II



PROCURAÇÃO

Eu -----portadora do

CPF-----autorizo -----

----- a retirar medicação em meu nome.

Atenciosamente

Jundiaí, de de .

Assinatura do paciente-----

Assinatura do autorizado-----



ANEXO III



TERAPIA ANTINEOPLÁSICA ORAL PARA TRATAMENTO DO CÂNCER

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Abiraterona, Acetato de	Próstata	Metastático resistente à castração que são assintomáticos ou levemente sintomáticos, após falha à terapia de privação androgênica.
	Próstata	Avançado metastático resistente à castração e que receberam quimioterapia prévia com docetaxel.
Anastrozol	Mama	Adjuvante na pós-menopausa em mulheres com tumor receptor hormonal positivo
	Mama	Primeira linha de tratamento em mulheres na pós-menopausa com câncer de mama metastático receptor hormonal positivo
	Mama	Câncer de mama metastático em mulheres na pós-menopausa com progressão da doença em uso de tamoxifeno
Bicalutamida	Próstata	Avançado em combinação com o tratamento com análogos do LHRH ou castração cirúrgica
	Próstata	Metastático em pacientes nos quais a castração cirúrgica ou medicamentosa não está indicada ou não é aceitável.
Bussulfano	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença
Capecitabina	Colorretal	Primeira Linha em câncer metastático
	Colorretal	Adjuvante para pacientes em estágio II com critério de alto risco ou Dukes C (estágio III), submetidos à ressecção completa do tumor primário
	Gástrico	Câncer em estágio avançado, desde que associado com compostos de platina, como a cisplatina ou oxaliplatina
	Mama	Metastático, após falha de antraciclina ou taxano, ou em face de contra-indicação para estas medicações



SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Ciclofosfamida	Leucemias	Sem especificação de fase da doença
	Linfomas	Sem especificação de fase da doença
	Mama	Sem especificação de fase da doença
	Micose Fungóide	Estágios avançados
	Mieloma Múltiplo	Sem especificação de fase da doença
	Neuroblastomas	Em pacientes com disseminação
	Ovário	Sem especificação de fase da doença
	Retinoblastomas	Sem especificação de fase da doença
Clorambucila	Linfoma de Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
	Linfoma Não-Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
	LLC - Leucemia Linfocítica Crônica	Sem especificação de fase da doença
Dasatinibe	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Cromossomo Ph+ com resistência ou intolerância à terapia anterior
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Fases crônica, acelerada ou blástica mieloide/linfoide com resistência ou intolerância ao tratamento anterior incluindo imatinibe
Dietiletilbestrol	Mama	casos paliativos
	Próstata	casos paliativos
Enzalutamida	Próstata	Metastático resistente à castração em homens que receberam quimioterapia prévia com Docetaxel
Erlotinibe, Cloridrato de	Pulmão não pequenas-células	câncer de pulmão de não pequenas células não escamoso; Indicado em primeira linha nos pacientes com doença metastática ou irrisecável com mutação nos éxons 19 ou 21
Etoposídeo	Leucemias agudas	Não linfocíticas
	Linfoma de Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
	Linfoma Não-Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
	Pulmão pequenas células	Em combinação com outros agentes quimioterápicos
	Testículo	Tumores refratários que já receberam tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico apropriados
Everolimus	Mama	câncer de mama metastático receptor hormonal positivo após falha de primeira linha hormonal, em associação com exemestano
	Pâncreas	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (NET) localizados no pâncreas



SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Exemestano	Mama	Adjuvante em mulheres na pós-menopausa com tumor receptor hormonal positivo, seja de início imediato ou após 2-3 anos de tratamento com tamoxifeno
	Mama	Câncer de mama metastático em mulheres na menopausa, com tumores receptor hormonal positivo, seja em primeira linha, seja após falha de moduladores de receptor de estrógeno
	Mama	Terapia pré-operatória em mulheres na pós-menopausa com câncer de mama localmente avançado receptor hormonal positivo, com a intenção de permitir cirurgia conservadora da mama
Fludarabina	LLC - Leucemia Linfocítica Crônica	Tumores de células B
Flutamida	Próstata	Indicado como monoterapia (com ou sem orquiectomia) ou em combinação com um agonista LHRH ("luteinizing hormone-releasing hormone"), no tratamento do câncer avançado em pacientes não-tratados previamente ou em pacientes que não responderam ou se tornaram refratários à castração
Gefitinibe	Pulmão não pequenas-células	câncer de pulmão de não pequenas células não escamoso; Indicado em primeira linha nos pacientes com doença metastática ou irressecável com mutação nos éxons 19 ou 21
Hidroxiuréia	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Fase crônica
Imatinibe	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Cromossomo Ph+ recaída ou refratária
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Recém diagnosticada LMC Cromossomo Ph+ fase crônica; crise blástica; fase acelerada; fase crônica após falha de interferon
	Tumor estromal gastrointestinal (GIST)	Irressecável ou metastático
	Tumor estromal gastrointestinal (GIST)	Adjuvante do tratamento de casos ressecados de alto risco
Lapatinibe, Ditosilato de	Mama	Tratamento do tumor metastático HER2+ , após falha de trastuzumabe, em associação com capecitabina ou letrozol
Letrozol	Mama	Neoadjuvante, adjuvante ou metastático em mulheres na pós-menopausa com tumores receptor hormonal positivo



SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Megestrol, Acetato de	Endométrio	Como paliativo do carcinoma avançado (doença recorrente, inoperável ou metastática)
	Mama	Como paliativo do carcinoma avançado (doença recorrente, inoperável ou metastática)
Melfalano	Mieloma Múltiplo	Sem especificação de fase da doença
	Ovário	Câncer Avançado
Mercaptopurina	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Indução da remissão e manutenção
	LMA - Leucemia Mielóide (mielocítica, mielógena, mieloblástica, mielomonocítica) Aguda	Indução da remissão e manutenção
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença
Metotrexato	Cabeça e pescoço	Sem especificação de fase da doença
	Linfoma não-Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Sem especificação de fase da doença
	Mama	Sem especificação de fase da doença
	Sarcoma osteogênico	Sem especificação de fase da doença
	Tumor trofoblástico gestacional	Sem especificação de fase da doença
Mitotano	Córtex suprarenal	Carcinoma inoperável
Nilotinibe	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Fase crônica acelerada, Ph+ resistentes ou intolerantes a terapia prévia incluindo imatinibe
Pazopanibe	Rim	irressecável ou metastático em primeira linha
Sorafenibe	Hepatocarcinoma	Hepatocarcinoma avançado em pacientes child A
Sunitinibe, Malato de	Tumor estromal gastrointestinal (GIST)	Tumor estromal gastrointestinal (GIST) após progressão da doença em uso de imatinibe ou intolerância ao imatinibe
	Rim	irressecável ou metastático em primeira linha
	Pâncreas	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (NET) localizados no pâncreas
Tamoxifeno, Citrato de	Mama	Neoadjuvante, adjuvante ou metastático em carcinoma de mama com tumores receptor hormonal positivo
Temozolamida	SNC - Sistema Nervoso Central	Glioblastoma multiforme em adjuvância ou doença recidivada
	SNC - Sistema Nervoso Central	Glioma maligno, tal como glioblastoma multiforme ou astrocitoma anaplásico, recidivante ou progressivo após terapia padrão



SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Tioguanina	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Sem especificação de fase da doença
	LMA - Leucemia Mielóide (mielocítica, mielógena, mieloblástica, mielomonocítica) Aguda	Sem especificação de fase da doença
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença
Topotecana, Cloridrato de	Pulmão pequenas células	Casos de recaída após falha de quimioterápico de 1ª linha
Tretinoína (ATRA)	Leucemia Promielocítica	Indução de remissão
Vemurafenibe	Melanoma	Metastático com mutação V600 do gene BRAF, primeira linha
Vinorelbina	Pulmão	Carcinoma de pulmão não pequenas células
	Mama	Carcinoma de mama



ANEXO IV



TABELA DE RISCO EMETOGENICO DOS ANTINEOPLÁSICOS

Medicamento	Forma	Mínimo: Menos de 10% apresentam vômitos	Baixo: 10% - 30% apresentam vômitos	Moderado: 30% - 90% apresentam vômitos	Alto: 90% ou mais apresentam vômitos
AC, com doxorubicina ou epirubicina mais ciclofosfânida	INJETÁVEL				5
Aldesleucina (>12MUI/m ²)	INJETÁVEL			4	
Aldesleucina (=2MUI/ m ²)	INJETÁVEL		2		
Almazumabe	INJETÁVEL			4	
Alfinterferona (<5MUI/ m ²)	INJETÁVEL	1			
Alfinterferona (>5<10MUI/ m ²)	INJETÁVEL		2		
Alfinterferona (=10MUI/ m ²)	INJETÁVEL			4	
Alretamina	INJETÁVEL			4	
Amifostina (> 300mg/ m ²)	INJETÁVEL			4	
Amifostina (< ou = 300mg/m ²)	INJETÁVEL		2		
Asparaginase	INJETÁVEL	1			
Azaciidina	INJETÁVEL			3	
Bendamustina	INJETÁVEL			3	
Bevacizumabe	INJETÁVEL	1			
Bleomicina	INJETÁVEL	1			
Bortezomibe	INJETÁVEL		2		
Bussulfino	INJETÁVEL			4	
Cabazitavel	INJETÁVEL		2		
Capecitabina	ORAL		2		
Carbazitavel	INJETÁVEL		2		
Carboplatina	INJETÁVEL			4	
Carmustina (> 250mg/m ²)	INJETÁVEL				5
Carmustina (=250mg/ m ²)	INJETÁVEL			4	
Carazumabe	INJETÁVEL		2		
Cetuximabe	INJETÁVEL	1			
Ciclofosfânida	ORAL			3	
Ciclofosfânida (> 1500mg/m ²)	INJETÁVEL				5
Ciclofosfânida (=750mg=1500mg/ m ²)	INJETÁVEL			4	
Cisplatina (< 50mg/ m ²)	INJETÁVEL			4	
Cisplatina (=50mg/m ²)	INJETÁVEL				5
Citarabina (< 100mg/m ²)	INJETÁVEL	1			
Citarabina (> 200mg/ m ²)	INJETÁVEL			4	
Citarabina (100 -200mg/ m ²)	INJETÁVEL		2		
Cladribina (2-Cloro-deosidinosina)	INJETÁVEL	1			
Clofarabina	INJETÁVEL			3	
Clorambucila	ORAL	1			
Dacarbazina	INJETÁVEL				5
Dactinomicina	INJETÁVEL			4	
Dasatinibe	ORAL	1			
Damoxirubicina	INJETÁVEL			3	
Decarbina	INJETÁVEL	1			
Dendileukin difitox	INJETÁVEL	1			
Desazanosano	INJETÁVEL	1			
Docetaxel	INJETÁVEL		2		
Doxorubicina lipossomal	INJETÁVEL		2		
Doxorubicina(=60mg/ m ²)	INJETÁVEL			3	
Doxorubicina (> 60mg/ m ²)	INJETÁVEL				5
Epirubicina (=90mg/ m ²)	INJETÁVEL			3	
Epirubicina (< ou = 90mg/m ²)	INJETÁVEL				5
Eribulina	INJETÁVEL		2		
Eriocimbe, Cloridrato de	ORAL	1			
Estreptoazocina	INJETÁVEL				5
Etoposideo	INJETÁVEL		2		
Floxacidina	INJETÁVEL		2		
Fludarabina	ORAL/INJ	1			
Fluorouracila	INJETÁVEL		2		
Fotemustina (150 -200mg/ m ²)	INJETÁVEL		2		
Gefitinibe	ORAL	1			
Gencitabina	INJETÁVEL		2		
Hidroxiureia	ORAL	1			
Idarubicina	INJETÁVEL			4	
Ifosfânida (< 10mg/ m ²)	INJETÁVEL			3	
Ifosfânida (=10g/ m ²)	INJETÁVEL				5
Ipilimumabe	INJETÁVEL	1			
Irinotecano	INJETÁVEL			3	
Isabepilone	INJETÁVEL		2		
Lapatinibe, Ditosilato de	ORAL	1			
Lomustina	INJETÁVEL			3	
Mecloretamina	INJETÁVEL				5



Medicamento	Forma	Mínimo: Menos de 10% apresentam vômitos	Baixo: 10% - 30% apresentam vômitos	Moderado: 30% - 90% apresentam vômitos	Alto: 90% ou mais apresentam vômitos
Mefliano	ORAL/INJ			4	
Metotrexate (=50 g/ m ²)	INJETÁVEL	1			
Metotrexato	ORAL			4	
Metotrexato (> 250mg/ m ²)	INJETÁVEL			3	
Metotrexato (> 50mg até 250mg/ m ²)	INJETÁVEL		2		
Mitomicina	INJETÁVEL		2		
Mitosantrona	INJETÁVEL		2		
Nekrabina	INJETÁVEL	1			
Oflunumabe	INJETÁVEL	1			
Oxaliplina	INJETÁVEL			3	
Pachitavel	INJETÁVEL		2		
Paninunabe	INJETÁVEL		2		
Pegaspargase	INJETÁVEL	1			
Peginterferon	INJETÁVEL	1			
Pemetrexede	INJETÁVEL		2		
Pentostatina	INJETÁVEL		2		
Praltrevate	INJETÁVEL		2		
Rituximabe	INJETÁVEL	1			
Ronidepsina	INJETÁVEL		2		
Sorafenibe	ORAL		2		
Sunitinibe, Malato de	ORAL		2		
Temozolamida	ORAL/INJ			3	
Tenirolimo	INJETÁVEL		2		
Tioguanina	ORAL	1			
Tiotepa	INJETÁVEL		2		
Topotecana, Cloridrato de	ORAL/INJ		2		
Trabectedina	INJETÁVEL			4	
Trastumabe	INJETÁVEL		2		
Tretinoína	ORAL	1			
Triválio de arsênio	INJETÁVEL			3	
Valrubicina	INJETÁVEL	1			
Vinblastina	INJETÁVEL	1			
Vincristina	INJETÁVEL	1			
Vinorelbina	INJETÁVEL	1			



ANEXO V



**INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO
EXCLUSIVO PARA COMPRA DE MEDICAMENTOS
ATRAVÉS DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR**

Pelo presente **Instrumento particular de procuração:**

Eu, _____

Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

Profissão: _____

Documento de Identidade RG nº: _____

Inscrito no C.P.F / M.F sob o nº: _____

Com endereço estabelecido na (Rua e/ou Av.): _____

_____ nº: _____

Complemento nº: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Cep: _____

nomeia e constitui seu bastante procurador (a):

Nome: _____

Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

Profissão: _____

Documento de Identidade RG nº: _____

Inscrito no C.P.F / M.F sob o nº: _____

Com endereço estabelecido na (Rua e/ou Av.): _____

_____ nº: _____

Complemento nº: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Cep: _____

para o fim específico de comprar medicamentos constantes na lista do Programa Farmácia Popular, instituído pelo Decreto nº 5.090 de 20 de maio de 2004, e Portaria nº 3.089 de 16 de dezembro de 2009, conforme explicitado no inciso III, § 2º do artigo 20 desta Portaria, exclusivamente em redes privadas de farmácias e drogarias, enfim, praticar todos os demais atos necessários ao fiel cumprimento deste mandato.

_____ de _____ de 20 _____

Assinatura do Paciente – (Obs: este Instrumento somente terá validade mediante reconhecimento de Firma).

COB: 897933



ANEXO VI



Farmácias e Drogarias Credenciadas no Aqui Tem Farmácia Popular Estabelecimentos no município de Jundiá

MUNICÍPIO	BAIRRO	ENDEREÇO	FARMÁCIA	DDD	TELEFONE
JUNDIAÍ	AGAPEAMA	RUA DA VÁRZEA, 1380, CASA 02	DROGARIA ECONÔMICA AGAPEAMA LTDA	11	4587-5399
JUNDIAÍ	ALTO ANAHNGABAÚ	AV. NOVE DE JULHO, 3333	RAIA DROGASIL S/A	11	4587-4749
JUNDIAÍ	ANHANGABAÚ	AV. NOVE DE JULHO, 3333, LUC 112	DROGARIA SÃO PAULO S. A.	11	3274-7400
JUNDIAÍ	ANHANGABAÚ	AV. JUNDIAÍ, 569	DROGASIL S/A	11	4586-4606
JUNDIAÍ	BELA VISTA	RUA BARONESA DO JAPI, 202	L. M. CARAMANTI & CIA LTDA	11	3224-5500
JUNDIAÍ	CENTRO	AV CEL BOAVENTURA MENDES PEREIRA, 298	COMPANHIA BRASILEIRA DE DISTRIBUIÇÃO	11	3886-3097
JUNDIAÍ	CENTRO	RUA PRUDENTE DE MORAES, 219	PATRÍCIA FERREIRA DOS SANTOS M. E. REDE CAIXETA COMÉRCIO DE	11	3379-0955
JUNDIAÍ	CENTRO	RUA XV DE NOVEMBRO, 999	MEDICAMENTOS LTDA MEDILFIX COMÉRCIO VAREJISTA DE	11	3963-1520
JUNDIAÍ	CENTRO	RUA VIGÁRIO J. J. RODRIGUES, 998, TÉRREO 992	PROD. FARMACÊUTICOS	11	2136-2900
JUNDIAÍ	CENTRO	RUA BARÃO DE JUNDIAÍ, 730	DROGASIL S. A.	11	4521-4728
JUNDIAÍ	CENTRO	RUA CEL LEME DA FONSECA, 450/460	RAIA DROGASIL S/A	11	4497-1418
JUNDIAÍ	CENTRO	RUA DO ROSÁRIO, 150	DROGARIA CATEDRAL DE JUNDIAÍ LTDA	11	4521-1859
JUNDIAÍ	CENTRO	RUA DO ROSÁRIO, 271	DROGARIA SÃO PAULO S. A.	11	3274-7400
JUNDIAÍ	CENTRO	RUA SIQUEIRA DE MORAES, 508	TARALO E SANTOS LTDA	11	4586-0525
JUNDIAÍ	CENTRO	RUA VIGÁRIO J. J. RODRIGUES, 1060	RAIA DROGASIL S/A	11	3769-5736
JUNDIAÍ	CENTRO	RUA VIGÁRIO J. J. RODRIGUES, 117	RAIA DROGASIL S/A	11	4807-1798
JUNDIAÍ	CENTRO	RUA XV DE NOVEMBRO, 1364	ASSOC. DOS APOSENT. E PENSION. DE JUNDIAÍ E REGIÃO	11	3379-7207
JUNDIAÍ	CHÁCARA URBANA	AV. NOVE DE JULHO, 1495	DROGARIA SÃO PAULO S. A.	11	3347-2800
JUNDIAÍ	CIDADE LUIZA	RUA ITIRAPINA, 1495	MARLI THOMAZZI SALAS EPP	11	4582-6617
JUNDIAÍ	CIDADE NOVA I	RUA FLORINDO ZAMBOM, 1570	DROGARIA TEM VOCÊ LTDA	11	4491-2757
JUNDIAÍ	COLÔNIA	RUA DR. ANTENOR SOARES GANDRA, 836	ROBERTO NOGUEIRA E CIA LTDA CARVALHO & FERRARI FARMÁCIA LTDA -	11	4533-5517
JUNDIAÍ	COLÔNIA	RUA DR. ANTENOR SOARES GANDRA, 823	ME ALEXANDRO RIBEIRO PEREIRA DROGARIA	11	4533-6665
JUNDIAÍ	FAZENDA GRANDE	RUA DANIEL DA SILVA, 392	ME	11	4492-6414
JUNDIAÍ	JARDIM BONFIGLIOLI	RUA BOM JESUS DE PIRAPORA, 1550	J. F. B. GOUVEIA E CIA LTDA	11	4587-5253
JUNDIAÍ	JARDIM BRASIL	AV. ANTONIO SEGRE, 80	MARCELO MENZEN - ME DROGARIA BAMBANS & BAMBANS LTDA -	11	4522-1932
JUNDIAÍ	JARDIM CECAP	ROD. VER. GERALDO DIAS, 3001	ME MJ RODRIGUES COMÉRCIO DE PROD.	11	4582-4960
JUNDIAÍ	JARDIM COLÔNIA	RUA ATIBAIA, 683	FARMACÊUTICOS	11	4533-0711
JUNDIAÍ	JARDIM TULIPAS	RUA ADELINO MARTINS, 1100	REDE RODRIGUES DROGARIA LTDA - ME	11	4582-8304
JUNDIAÍ	JARDIM GUANABARA	AV. AMÉLIA LATORRE, 800	L. M. CARAMANTI & CIA LTDA	11	3224-5500
JUNDIAÍ	JARDIM GUANABARA	AV. AMÉLIA LATORRE, 610	SALAS & RODRIGUES LTDA - ME	11	4581-1172
JUNDIAÍ	JARDIM MESSINA	RUA MESSINA, 30	RAIA DROGASIL S/A	11	4526-6061
JUNDIAÍ	JARDIM PAULISTA	AV. NOVE DE JULHO, 3300	RAIA DROGASIL S/A	11	3769-5678
JUNDIAÍ	JARDIM STA GERTRUDES	AV. LEONICE GUALDA NUNES, 351	DROGARIA E PERFUMARIA DREZZA LTDA	11	4537-1960
JUNDIAÍ	JARDIM STA GERTRUDES	AV. VICTORIO BARADEL, 269	CAMAROTO & SPERANDIO LTDA EPP NOGUEIRA & CAMARGO DROGARIA LTDA	11	4537-1333
JUNDIAÍ	JARDIM TAMOIO	AV. CARLOS ANGELO MATHION, 1200	- ME	11	4533-2043



MUNICÍPIO	BAIRRO	ENDEREÇO	FARMÁCIA	DDD	TELEFONE
JUNDIAÍ	JARDIM CICA	RUA JOÃO FERRARA, 30	SIDNEY PEREIRA DE SOUZA - ME	11	4587-3041
JUNDIAÍ	JARDIM DAS BANDEIRAS	RUA ANTONIO R. DE OLIVEIRA, 108	DROGARIA MORENO LTDA EPP	11	4582-0282
JUNDIAÍ	JUNDIAÍ MIRIM	RUA PADRE EVARISTO AFONSO, 302, C - 1	REINALDO C. ZECA DROGARIA LTDA - ME	11	4584-7578
JUNDIAÍ	PQ. RES. ELOY CHAVES	AV. BENEDITO CASTILHO DE ANDRADE, 658	L. M. CARAMNTI & CIA LTDA	11	3224-5500
JUNDIAÍ	PQ. RES. ELOY CHAVES	AV. BENEDITO CASTILHO DE ANDRADE, 684 - PAV. TÉRREO	DROGARIAS IRMÃOS COLEPICOLO LTDA - ME	11	4492-4342
JUNDIAÍ	PQ. RES. ELOY CHAVES	AV. BENEDITO CASTILHO DE ANDRADE, 808	DROGARIA ALTERNATIVA DE JUNDIAÍ LTDA - ME	11	4582-7618
JUNDIAÍ	PONTE DE CAMPINAS	AV. NOVE DE JULHO, 1260	DROGASIL S. A.	11	4522-7323
JUNDIAÍ	PONTE SÃO JOÃO	AV. SÃO JOÃO, 620	ANTONIO DE BARROS LEITE JÚNIOR CIA LTDA	11	4533-4699
JUNDIAÍ	PONTE SÃO JOÃO	AV. SÃO JOÃO, 460	DROGARIA S. B. SÃO JOÃO LTDA	11	4587-6624
JUNDIAÍ	PONTE SÃO JOÃO	AV. SÃO JOÃO, 349	L. M. CARAMANTI & CIA LTDA	11	3224-5500
JUNDIAÍ	PONTE SÃO JOÃO	RUA CARLOS GOMES, 913	M. P. FONSECA& CIA LTDA - ME	11	4816-2165
JUNDIAÍ	PQ. ALMERINDA CHAVES	RUA JOSÉ RIBEIRO BARBOSA, 134	DROGARIA ALMERINDA JUNDIAÍ LTDA - ME	11	4492-7643
JUNDIAÍ	PQ. RESIDENCIAL JUNDIAÍ	RUA PRESBITERO MANUEL ANTONIO DIAS FILHO, 1830	VANIA JUSSARA RIBEIRO DE MENDONÇA - ME	11	4492-8015
JUNDIAÍ	RETIRO	AV. JOÃO ANTONIO MECCATTI, 254	DROGARIA FAMÍLIA MONTI LTDA - ME	11	4582-5517
JUNDIAÍ	VIANELO	RUA ATÍLIO VIANELO, 93	BIASIN PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA	11	4586-4060
JUNDIAÍ	VILA APARECIDA	AV. FERNÃO DIAS PAES LEME, 648	DROGARIA PAES LEME DE JUNDIAÍ LTDA - ME	11	4587-1094
JUNDIAÍ	VILA ARENS	AV. DR. OLAVO GUIMARÃES, 96	FARMA SERVE JUNDIAÍ LTDA EPP	11	4816-2747
JUNDIAÍ	VILA ARENS	AV. DR. OLAVO GUIMARÃES, 203	DROGARIA ARENS JUNDIAÍ LTDA	11	4587-5330
JUNDIAÍ	VILA ARENS	AV. SÃO PAULO, 18	EVANDRO TOLDO DROGARIA - ME	11	4526-5646
JUNDIAÍ	VILA AURELIA	AV. NOVE DE JULHO, 2066 - ED. SAINT CHARLES	FARMA CRUZ JUNDIAÍ LTDA	11	4497-1374
JUNDIAÍ	VILA BOAVENTURA	RUA ANCHIETA, 312	ART-PHARMA FÓRMULAS OFICINAIS LTDA	11	4521-3688
JUNDIAÍ	VILA DAS HORTÊNCIAS	RUA DO RETIRO, 2566	DROGARIA MEDIC CENTER LTDA EPP	11	4586-6864
JUNDIAÍ	VILA DE VITO	AV. ANTONIO FREDERICO OZANAN, 6000, LOJA 1002	DROGARIA SÃO PAULO S. A.	11	3274-7400
JUNDIAÍ	VILA DIDI	AV. NAÇÕES UNIDAS, 1711	DROGARIA NOVA ESPERANÇA LTDA -ME	11	4526-6858
JUNDIAÍ	VILA HORTOLÂNDIA	RUA ITIRAPINA, 1327	AIRTON ALVES RODRIGUES LTDA - EPP	11	4582-1184
JUNDIAÍ	VILA HORTOLÂNDIA	RUA RIO CLARO, 185	DROGARIA SALAS JUNDIAÍ LTDA - ME	11	4582-2038
JUNDIAÍ	VILA MARLENE	AV. BENTO FIGUEIREDO, 278, KM 63	MARTINS & THORRESSAN COMÉRCIO DE MEDIC. LTDA	11	2136-4850
JUNDIAÍ	VILA RAMI	RUA BOM JESUS DE PIRAPORA, 2290	JULIO CESAR PEDRONI ME	11	4526-2167
JUNDIAÍ	VILA RAMI	RUA BOM JESUS DE PIRAPORA, 2800	NOGUEIRA CIA LTDA	11	4587-5286
JUNDIAÍ	VILA RIO BRANCO	AV. ITATIBA, 327	DROGARIA RIO BRANCO DE JUNDIAÍ LTDA	11	4586-4284
JUNDIAÍ	VILA VIRGINIA	AV. NOVE DE JULHO, 1500, LOJA 02 E 03	DROGASIL S/A	11	4521-6063
JUNDIAÍ	VILA VIRGINIA	RUA CULTO À CIÊNCIA, 230	DROGARIA SÃO PAULO S. A.	11	3274-7400
JUNDIAÍ	VILA LIBERDADE	AV. ITATIBA, 204	DROGARIA LIBERDADE JUNDIAÍ LTDA	11	4521-1069



ANEXO VII



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COMISSÃO DE FARMACOLOGIA

PROCEDIMENTOS GERAIS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO OU NUTRIÇÃO ENTERAL POR PACIENTE DE INSTITUIÇÕES PÚBLICAS OU PRIVADAS

NORMAS GERAIS PARA SOLICITAÇÃO

- Pacientes residentes no Estado de São Paulo;
- Tratamento de doença crônica, em caráter ambulatorial;
- Não será avaliada solicitação de fórmula de manipulação;
- Não será avaliada solicitação de medicamento de associações de substâncias que são disponibilizadas de maneira isolada pelo SUS;
- Somente será avaliada solicitação de medicamento ou nutrição enteral com registro na ANVISA, com autorização e comercialização no país;
- Não será avaliada solicitação de medicamentos utilizados no tratamento das doenças relacionadas na Resolução Normativa ANS 262, de 01-08-2011.

DOCUMENTOS EXIGIDOS

- | |
|---|
| 1. Receita médica original, em duas vias, legível e com data inferior a 30 dias. |
| 2. Formulário para avaliação de solicitação de medicamento ou nutrição enteral completamente preenchido, legível e com as assinaturas do Paciente ou Responsável, Médico prescritor e Diretor da Instituição . |
| 3. Cópia comum do CPF, RG, Cartão Nacional da Saúde - SUS (CNS) e Comprovante de residência com CEP. Para paciente menor de idade que não possui RG ou CPF, anexar cópia da certidão de nascimento e documentos do responsável. |
| 4. Cópia dos exames complementares que justifiquem a necessidade do medicamento ou nutrição enteral. |

ENCAMINHAMENTO DA SOLICITAÇÃO

Protocolar diretamente em um dos [17 Departamentos Regionais de Saúde](#), de acordo com a sua localidade.



Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Formulário para Avaliação de Solicitação de Medicamento
por Paciente de Instituições Públicas ou Privadas

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo:			
Sexo: () Masculino () Feminino		Data de nascimento: ____ / ____ / ____	
CPF:	RG:	CNS:	
Endereço:			Nº
Complemento:		Bairro:	
Município:		UF: SP	CEP:
Telefone (s): ()			
E-mail:			
Possui Plano de Saúde: () Não () Sim. Qual: _____			

2. INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

2.1 Doença Principal:	CID:
Há quanto tempo:	
Outro (s) Diagnóstico (s):	CID (s):
2.2 Casos Oncológicos:	• Anexar cópia do anatomopatológico e, quando aplicável, PSA ou imunohistoquímica.
Informar o estadiamento clínico TNM quando aplicável:	
2.3 Informar datas e resultados dos exames complementares relevantes (anexar cópia):	

3. AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO

3.1 Informar os tratamentos já realizados em ordem cronológica:



3.2 Descrever o atual planejamento terapêutico:

3.3 Informar a meta terapêutica proposta:

3.4 Informar como se dará o acompanhamento da resposta terapêutica e a frequência de avaliação:

4. MEDICAMENTO SOLICITADO

Denominação genérica / Dosagem:

--

Via da administração / Posologia / Duração do tratamento:

Peso:

Altura:

--



5. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E MÉDICO SOLICITANTE

Nome da instituição de saúde:			
CNES:			
Endereço:			Nº
Complemento:	Bairro:		
Município:	UF: SP	CEP:	
Telefone (s): ()			
Nome do médico:			
CPF:	CRM Nº:	UF:	
E-mail:			
Data: ____ / ____ / ____			
Assinatura e carimbo do médico prescritor		Assinatura e carimbo do Diretor/ Responsável da Instituição	

Assinatura do paciente ou responsável

7. USO RESTRITO DA SES/SP

