

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS

REMUME

2024

2ª ATUALIZAÇÃO

2024

Brazabrantes - GO

José Tomé Correia Filho
Prefeito da Cidade de Brazabrantés - GO

Bruna Carrijo de Souza
Secretária Municipal de Saúde – SMS

Comissão Farmácia e Terapêutica

Alessandra da Silva Barbosa – Médico da Atenção Básica à Saúde

Hornelina Maria Silva Santos – Enfermeiro da Atenção Básica à Saúde

Juniara Carvalho Pires Mendes – Farmacêutica do CAF

Lucas Divino de Sousa – Odontólogo da Atenção Básica à Saúde

Mauro Gonçalves de Morias Filho – Médico da Atenção Básica à Saúde

Renan Bezerra Mariano – Farmacêutico Coord. da Assistência Farmacêutica

SUMÁRIO

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS – REMUME	4
ORIENTAÇÕES PARA PRESCRIÇÕES DE MEDICAMENTOS	5
ORIENTAÇÕES PARA LEITURA DA REMUME	6
SEÇÃO 1 – REMUME POR ANEXOS	
Anexo I – Relação Municipal do Componente Básico	
da Assistência Farmacêutica	7
Anexo II – Relação Nacional do Componente Estratégico	
da Assistência Farmacêutica.....	12
Anexo III – Relação Nacional do Componente Especializado	
da Assistência Farmacêutica	18
Anexo IV – Relação Municipal de insumos	18
Anexo V – Relação Municipal de medicamentos de Uso	
Hospitalar.....	19
REFERÊNCIAS	23

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS – REMUME

A Assistência Farmacêutica municipal tem por objetivo promover o uso racional de medicamentos, facilitando o acesso, qualidade e a humanização no atendimento. As ações envolvem a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação dos medicamentos com orientação e acompanhamento da utilização, permitindo o tratamento eficaz das doenças mais comuns que afetam a população do município, conforme Resolução Ministério da Saúde n° 338, de 06 de maio de 2004.

Os medicamentos são disponibilizados através da Secretária Estadual de Saúde de Goiás (SES-GO), conforme lista oficial disponibilizada pelo Ministério da Saúde por meio da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 2022, regida pela Portaria GM/MS n.º 3.435, de 8 de dezembro de 2021, mas não na sua integridade, sendo assim, uma das estratégias fundamentais para melhorar o uso do medicamento é a adoção de uma Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1977. Sua adoção apresenta muitas vantagens para a saúde pública, ressaltando maior eficiência no gerenciamento dos serviços farmacêuticos, racionalização dos custos, possibilidade de economizar os recursos disponíveis e facilidade na implantação de ações educativas junto aos prescritores, trabalhadores e usuários do serviço.

A REMUME busca ampliar o acesso aos medicamentos considerados essenciais para os usuários de Brazabrantés Goiás, de forma que seu elenco consiga alcançar um maior número de usuários que necessitam de um tratamento medicamentoso, além de orientar a organização de todas as etapas da Assistência Farmacêutica, especialmente as prescrições médicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo fundamental que seja amplamente divulgada para usuários, profissionais de saúde e gestores, na espera que seja norteadora da prescrição médica no âmbito do SUS municipal. Os medicamentos constantes na REMUME serão fornecidos aos usuários gratuitamente.

ORIENTAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

A prescrição de medicamentos para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Brazabrantés deverá ser de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e a Relação Municipal de medicamentos (REMUME), que deverá ser norteadora das prescrições de medicamentos nos serviços de saúde do SUS. As receitas devem estar prescritas de acordo com aspectos legais e técnicos, contendo as seguintes informações:

- a) Utilizar receituário padrão, em papel timbrado do Município, contendo a identificação do Serviço de Saúde com nome, endereço e telefone;
- b) Conter a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou a denominação genérica do medicamento sendo vetado o uso de abreviaturas ou códigos;
- c) Ser individual, escrita em caligrafia legível, à tinta ou digitada, sem rasuras e/ou emendas, observadas a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais, indicando a forma farmacêutica, posologia, o modo de usar e a duração do tratamento;
- d) Conter a data de sua emissão, identificação (nome completo e número do registro no conselho de classe correspondente, impresso ou de próprio punho) e assinatura do Prescritor;
- e) Conter o nome completo do (a) paciente;
- f) O receituário de medicamentos antimicrobianos e controlados, ou a estes equiparados e os demais sob regime de controle, de acordo com a sua classificação, obedecerão às disposições da legislação federal específica na Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998(*);
- g) Emitir as receitas de medicamentos para tratamento de condições crônicas contendo os dizeres “uso contínuo” ou determinar a quantidade de medicamento suficiente para o período de tratamento;
- h) Quando a dosagem do medicamento prescrito ultrapassar os limites farmacológicos ou a prescrição apresentar incompatibilidades o responsável técnico pelo estabelecimento solicitará confirmação expressa ao profissional que a prescreveu.

Para os medicamentos Paracetamol, Dipirona e Ibuprofeno serão aviados apenas 20 comprimidos por receita. Caso o paciente tenha a necessidade de fazer o uso prolongado destes medicamentos é necessário que o médico prescritor faça um relato justificando o motivo do tratamento prolongado.

ORIENTAÇÃO PARA LEITURA DA REMUME

A REMUME é apresentada em 1º seção. De forma geral, ao longo do documento, os itens são apresentados com sua denominação genérica, concentração e/ou composição, forma farmacêutica e/ou descrição.

Seção 1º, a REMUME é apresentada em cinco anexos:

- I – Relação Municipal do Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
- II – Relação Nacional do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;
- III – Relação Nacional do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- IV – Relação Municipal de Insumos;
- V – Relação Municipal de medicamentos de uso Hospitalar.

SEÇÃO 1º

REMUME POR ANEXOS

ANEXO I – RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica é constituído por uma relação de medicamentos (ANEXO I) e insumos farmacêuticos (Anexo IV) voltados aos principais agravos de saúde da Atenção Básica municipal.

O financiamento desse componente é responsabilidade dos três entes federados de acordo com artigo n.º 537 da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017, com o presente a Resolução Nº 007/2020 CIB SES/GO 20 de Fevereiro de 2020. O modelo de gestão do componente básico é totalmente centralizado no município, ou seja, os recursos financeiros do gestor federal, estadual e municipal são depositados no Fundo Municipais de Saúde em contas bancárias distintas, sendo aplicados pelo município para aquisição dos medicamentos.

A responsabilidade de aquisição e fornecimento fica sobre responsabilidade do ente municipal. O saldo disponível ao município para requisição dos medicamentos é aquele apurado pela soma do financiamento tripartite, sendo:

- I Contrapartida Federal: R\$ 5,95 *por habitante/ano* (Reolução nº 007/2020 CIB SES/GO de 20 de Fevereiro de 2020).
- II Contrapartida Estadual: R\$ 3,00 *por habitabte/ano* (Reolução nº 007/2020 CIB SES/GO de 20 de Fevereiro de 2020).
- III Contrapartida Municipal: R\$ 2,36 *por habitabte/ano* (Reolução nº 007/2020 CIB SES/GO de 20 de Fevereiro de 2020).

O Ministério da Saúde é responsável pela aquisição e distribuição dos medicamentos insulina humana NPH, insulina humana regular e daqueles que compõem o Programa Saúde da Mulher: contraceptivos orais e injetáveis, dispositivo intrauterino (DIU) e diafragma.

As insulinas humanas NPH e Regular no formato de caneta aplicadora são fornecidos conforme a Nota Técnica Nº 169/2022-CGAFB/DAF/SCTIE/MS foi publicada e refere-se à atualização sobre distribuição e critérios sugeridos para dispensação das

canetas aplicadoras de insulina humana;

- Insulina Humana NPH (100 UI/mL, caneta aplicadora 3 mL)
- Insulina Humana Regular (100 UI/mL, caneta aplicadora 3 mL) e agulhas de aço Inoxidável para caneta aplicadora.
 - Pacientes com Diabetes Mellitus 1 na faixa etária menor ou igual há 19 anos;
 - Pacientes com Diabetes Mellitus 1 e 2 na faixa etária maior ou igual há 45 anos.

As insulinas humanas no formato frasco NPH e Regular (frasco 10 ml) são fornecidos conforme Nota Técnica do Ministério da Saúde nº71/2020 – CGAFB/DAF/SCTIE/MS para os seguintes grupos:

- Insulina Humana NPH (100 UI/mL, frasco 10 mL)
- Insulina Humana Regular (100 UI/mL, frasco 10mL) e seringas para insulina.
 - Pacientes com Diabetes Mellitus 1 na faixa etária menor ou igual há 16 anos;
 - Pacientes com Diabetes Mellitus 1 e 2 na faixa etária maior ou igual há 60 anos.

Os insumos como aparelho glicosímetro, tira reagente e lancetas para aferição da glicemia são fornecido aos pacientes Tipo I.

Denominação Genérica	Concentração/Composição	Forma Farmacêutica
Ácido Acetilsalicílico	100 mg	Comprimido
Ácido Fólico	5 mg	Comprimido
Ácido Fólico	0,2 mg/ml	Solução / Gotas
Albendazol	400 mg	Comprimido
Albendazol	40 mg/ml	Suspensão
Amiodarona	200 mg	Comprimido

Amitriptilina	25 mg	Comprimido
Amoxicilina	250 mg/5ml	Suspensão
Amoxicilina	500 mg	Cápsula
Amoxicilina + Clavulanato	500 mg + 125 mg	Comprimido
Amoxicilina + Clavulanato	875mg + 125mg	Comprimido
Amoxicilina + Clavulanato	50 mg/mL + 12,5 mg/mL	Suspensão oral
Anlodipino	5 mg	Comprimido
Anlodipino	10 mg	Comprimido
Atenolol	25 mg	Comprimido
Atenolol	50 mg	Comprimido
Azitromicina	500 mg	Comprimido
Azitromicina	40 mg/ml	Suspensão
Biperideno	2 mg	Comprimido
Carbamazepina	200 mg	Comprimido
Carbamazepina	20 mg/ml	Suspensão
Captopril	25 mg	Comprimido
Captopril	50 mg	Comprimido
Cefalexina	500 mg	Comprimido
Cefalexina	50 mg/ml	Suspensão
Ciprofloxacino	500 mg	Comprimido
Clomipramina	25 mg	Comprimido
Dexametasona	0,5 mg/ml	Elixir
Dexametasona	1 mg/g	Creme dermatológico
Dexclorfeniramina	0,4 mg/ml	Solução
Dexclorfeniramina	2 mg	Comprimido
Diazepam	10 mg	Comprimido

Dipirona	500 mg/ml	Gotas
Dipirona	500 mg	Comprimido
Digoxina	0,25 mg	Comprimido
Enalapril	10 mg	Comprimido
Fenitoína	100 mg	Comprimido
Fenobarbital	100 mg	Comprimido
Fluconazol	150 mg	Cápsula
Furosemida	40 mg	Comprimido
Fluoxetina	20 mg	Cápsula
Glibenclamida	5 mg	Comprimido
Haloperidol	5 mg	Comprimido
Hidroclorotiazida	25 mg	Comprimido
Ibuprofeno	600 mg	Comprimido
Ibuprofeno	50 mg/ml	Gotas
Insulina Humana NPH	100 UI/ml (tubete 3ml)	Caneta
Insulina Humana Regular	100 UI/ml (tubete 3ml)	Caneta
Insulina Humana NPH	1000UI/ML	Frasco Ampola
Insulina Humana Regular	1000UI/ML	Frasco Ampola
Ivermectina	6 mg	Comprimido
Levonorgestrel + Etinilestradiol	0,15 mg + 0,03 mg	Comprimido
Levonorgestrel	0,75 mg	Comprimido
Loratadina	1 mg/ml	Xarope
Loratadina	10 mg	Comprimido
Medroxiprogesterona	150 mg/ml	Injetável
Metformina	850 mg	Comprimido
Metildopa	250 mg	Comprimido

Metildopa	500 mg	Comprimido
Metronidazol	250 mg	Comprimido
Metronidazol	400 mg	Comprimido
Metronidazol	100 mg/g	Gel vaginal
Miconazol	20 mg/g	Creme Vaginal
Miconazol	20 mg/g	Creme Dermatológico
Neomicina	3,5 mg/g	Creme Dermatológico
Nifedipino	10 mg	Comprimido
Nimesulida	100 mg	Comprimido
Nistatina	60 g	Creme Vaginal
Noretisterona	0,35 mg	Comprimido
Noretisterona + Estradiol	50 mg + 5 mg	Injetável
Omeprazol	20 mg	Cápsula
Omeprazol	40 mg	Cápsula
Paracetamol	200 mg/ml	Gotas
Paracetamol	500 mg	Comprimido
Prednisona	5 mg	Comprimido
Prednisona	20 mg	Comprimido
Prednisolona	3 mg/ml	Solução Oral
Propranolol	40 mg	Comprimido
Sais para reidratação	Cloreto de sódio, glicose, anidra, cloreto de potássio, citrato de sódio, di-hidratado	Pó para solução oral
Sinvastatina	20 mg	Comprimido
Sulfametoxazol + Trimetoprima	800+160 mg	Comprimido
Sulfametoxazol + Trimetoprima	400+80 mg	Comprimido

Sulfametoxazol + Trimetoprima	40+8 mg	Suspensão
Sulfato Ferroso	40 mg	Comprimido
Sulfato Ferroso	25 mg/ml	Solução Oral / Gotas
Timolol	5 mg/ml	Solução Oftálmica

ANEXO II – RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESTRATÉGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O Componente Estratégico da Assistência farmacêutica é destinado para a garantia do acesso a medicamentos (Anexo II) para o tratamento das doenças de perfil endêmico como tuberculose, hanseníase, leishmaniose, tabagismo, influenza, esquistossomose e outras doenças com impacto socioeconômico de importância epidemiológica e cujo controle e tratamento tenham protocolos e normas estabelecidos. O elenco de medicamentos estratégicos é definido com base nos protocolos clínicos de tratamento e seu financiamento é exclusivo do Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde adquire e distribui esses itens aos estados e ao Distrito Federal, cabendo a esses o recebimento, o armazenamento e a distribuição aos municípios. Os municípios fazem aquisição e distribuição dos medicamentos através do Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica – SIGAF, conforme planejamento da vigilância epidemiológica municipal de acordo com as notificações e registros no SINAM.

Os medicamentos Antirretrovirais possui seu financiamento pelo governo federal, o município de Brazabrantés desempenha atribuições como um intermediador entre os pacientes e o GEAF/SAS/SES-GO, órgãos vinculado à Secretaria de Estado da Saúde (SESGO), que é a responsável pela solicitação e disponibilização dos fármacos. A solicitação dos medicamentos ocorre através do formulário de solicitação do medicamento expedido pelo infectologista.

DENOMINAÇÃO GENÉRICA / CONCENTRAÇÃO	PROGRAMA	Documentos necessários para solicitação do medicamento
Abacavir – Solução Oral	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Abacavir 300 mg – comprimido	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Atazanavir 300 mg – Cápsula	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000 UI – Injetável	Sífilis	Receita (validade 10 dias) + cópia da notificação + ficha de identificação.
Benzilpenicilina Potássica 5.000.000 UI – Solução Injetável	Sífilis Congênita	Receita + cópia da notificação + ficha de identificação.
Bupropiona 150 mg – Comprimido	Controle ao Tabagismo	Receita do grupo de tabagista com carimbo + cópia dos documentos pessoais.
Darunavir 600 mg – Comprimido	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Dolutegravir 50 mg – comprimido	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Doxiciclina 100 mg – Comprimido	Febre maculosa	Receita + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
	Sífilis, Uretrite,	Receita relatando o CID da o

	Linfogranulosa, Donovanose, corrimentovaginal e cervicite por clamídia doença inflamatório-pélvica pélvica e Proctite.	doença + cópia dos documentos pessoais.
Efavirenz 30 mg/ml – Solução oral	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Efavirenz 600 mg – Comprimido	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Enfuvirtida 90 mg/ml – Frasco ampola	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Espiramicina 1,5mg – Comprimido	Toxoplasmose gestacional	Receita + cópia da notificação + exames que comprovem diagnósticos + cópia dos documentos pessoais.
Estreptomicina 1g (200 mg/ml) - Solução Injetável	Tuberculose Esquema Especial	Receita + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Etambutol 400 mg – Comprimido	Tuberculose Esquema Especial	Receita + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Etravirina 100 mg – Comprimido	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Etravirina 200 mg – comprimido	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos

		peçoais.
Isoniazida 100 mg – Comprimido	Tuberculose	Receita + cópia da notificação + + exames que comprovem diagnósticos + cópia dos documentos peçoais.
Itraconazol 150 mg – Comprimido	Esporotricose	Receita + cópia da notificação + cópia dos documentos peçoais.
Lamivudina 10 mg/ml – solução oral	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos peçoais.
Lamivudina 150 mg – comprimido	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos peçoais.
Lopinavir 100 mg + Ritonavir 25mg – Comprimido	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos peçoais.
Maraviroque 150 mg –Comprimido	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos peçoais.
Meglumina Antimoniato 300 mg/ml – Solução Injetável	Leishmaniose	Receita + cópia da notificação + + exames que comprovem diagnósticos + cópia dos documentos peçoais.
Nevirapina 10 mg/ml – solução oral	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos peçoais.

Nevirapina 200 mg – comprimido	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Nicotina 21 mg Adesivo Transdérmico	Controle ao Tabagismo	Receita do grupo de tabagista com carimbo + cópia dos documentos pessoais.
Nicotina 14 mg – Adesivo Transdérmico	Controle ao Tabagismo	Receita do grupo de tabagista com carimbo + cópia dos documentos pessoais.
Nicotina 7 mg Adesivo Transdérmico	Controle ao Tabagismo	Receita do grupo de tabagista com carimbo + cópia dos documentos pessoais.
Oseltamivir Fosfato 75 mg – Comprimido	Influenza A H1N1	Receita + cópia dos documentos pessoais.
Oseltamivir Fosfato 30 mg – Comprimido	Influenza A H1N1	Receita + cópia dos documentos pessoais.
Oseltamivir Fosfato 45 mg – Comprimido	Influenza A H1N1	Receita + cópia dos documentos pessoais.
Pirazinamida 150 mg– Comprimido Dispensível	Tuberculose Esquema Especial	Receita + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Pirazinamida 30 mg/ml – Suspensão Oral	Tuberculose Esquema Especial	Receita + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Pirazinamida 500 mg – Comprimido	Tuberculose Esquema Especial	Receita + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Pirimetamina 25 mg – Comprimido	Toxoplasmose	Receita + cópia da notificação + + exames que comprovem diagnósticos + cópia dos documentos pessoais.
Praziquantel 600 mg – Comprimido	Esquistossomose	Receita + cópia da notificação + + exames que comprovem diagnósticos + cópia dos documentos pessoais.

Raltegravir 100 mg – comprimido	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Raltegravir 400 mg – comprimido	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Rifampicina 20 mg/ml – Suspensão Oral	Tuberculose Esquema Especial	Receita + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Rifampicina 300 mg – Cápsula	Tuberculose Esquema Especial	Receita + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Rifampicina + Clofazimina + Dapsona (300+150) +50+50 mg (Multi-infantil) - Comprimido	Hanseníase	Receita + cópia da notificação + exames que comprovem diagnósticos + cópia dos documentos pessoais.
Rifampicina + Clofazimina + Dapsona (300+300) +50+100 mg (Multi Adulto) - Comprimido	Hanseníase	Receita + cópia da notificação + exames que comprovem diagnósticos + cópia dos documentos pessoais.
Rifampicina + Isoniazida 150 + 75 mg – Comprimido	Tuberculose	Receita + exames que comprovem diagnósticos + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Rifampicina+Pirazinamida+ Etambutol+Isoniazida 150+400+275+75 mg – Comprimido	Tuberculose	Receita + + exames que comprovem diagnósticos + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Rifampicina+Pirazinamida+ Etambutol+Isoniazida 75+50+150 mg – Comprimido dispersível	Tuberculose	Receita + cópia da notificação + exames que comprovem diagnósticos + cópia dos documentos pessoais.
Ritonavir 100 mg – Comprimido	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.

Sulfadiazina 500 mg – Comprimido	Toxoplasmose	Receita + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Talidomida 100 mg – Comprimido	<ul style="list-style-type: none"> *Hanseníase (CID A30). *DST/AIDS (CID B 23.8). *Lúpus eritematoso sistêmico (CID M32). *Lúpus eritematoso discóide (CID L93.0). *Lúpus eritematoso cutâneo subagudo (CID L93.0). *Doença enxerto contra hospedeiro (CID T86.0). *Mieloma Múltiplo (C90.0). 	Notificação de receita de talidomida + termo de esclarecimento para o usuário + termo de responsabilidade + cópia dos documentos pessoais.
Tenofovir 300 mg – Comprimido	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Tenofovir 300 mg + Lamivudina 300 mg – Comprimido	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Tenofovir 300 mg + Lamivudina 300 mg + Efavirenz 600 mg – Comprimido	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Tipranavir 250 mg – Cápsula	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.

Zidovudina 100 mg – Capsula	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Zidovudina 300 mg + Lamivudina 150 mg – Comprimido	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.

ANEXO III – RELAÇÃO NACIONAL MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (CEAF)

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (medicamentos excepcionais) é uma das estratégias de acesso aos medicamentos no âmbito do SUS, que busca garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, para algumas situações clínicas, principalmente, agravos crônicos, com custos de tratamento mais elevados ou de maior complexidade.

O município desempenha atribuições como um intermediador entre os pacientes e a Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Goiânia, órgão vinculado à Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO), que é a responsável pela aquisição e disponibilização dos fármacos. A solicitação dos medicamentos ocorre através de montagem formal de processo. Sua aprovação/liberação é responsabilidade (SES-GO). O Ministério da Saúde através da portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013, dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.

A disponibilização dos medicamentos ocorre de acordo com critérios definidos em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) publicados pelo Ministério da Saúde. Os PCDTs definem as linhas de cuidado para cada condição clínica, indicando a melhor abordagem terapêutica em cada situação, com base nas melhores evidências disponíveis. RENAME 2023.

O financiamento fica sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde. A lista dos medicamentos é atualizada mensalmente e está disponível para consulta através do www.saude.go.gov.br/estrutura/outras-unidades/cemac-juarezbarbosa/consulta-de-medicamentos.

ANEXO IV – RELAÇÃO MUNICIPAL DE INSUMOS

A Relação Municipal de Insumos é composta por produtos para a saúde. O Estado e os municípios são responsáveis pelo financiamento dos insumos complementares destinados aos usuários insulinos-dependentes, cujo valor a ser aplicado por cada uma dessas esferas de gestão é de R\$ 0,50 (cinquenta centavos) por habitante/ano já inseridos nos valores aplicados no componente básico estratégico.

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO COMPOSIÇÃO	FORMA FARMACÊUTICA DESCRIÇÃO
Aparelho de Glicosimero	-	Unidade
Dispositivo intrauterinoplástico com cobre	-	Modelo T380mm
Lancetas para punção digital	-	Unidade
Preservativo Masculino	-	160 mm x 52 mm
Seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina	6,0 x 0,25 mm 0,5ml	Unidade
Seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina	8,0 x 0,33 mm 1 ml	Unidade
Tiras reagentes de medida de glicemia capilar	-	Unidade

ANEXO V – RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALAR

Os medicamentos de uso hospitalar são medicamentos utilizados pela Unidade de Pronto Atendimento 24 h, atenção secundária, cujo financiamento é de responsabilidade do município.

Denominação Genérica	Concentração/ Composição	Forma farmacêutica/ Descrição
Acetilcisteína	100 mg/ml – Ampola 3ml	Solução injetável
Ácido Tranexâmico	250 mg/5ml	Solução injetável
Adenosina	3 mg/ml – Ampola 2 ml	Solução injetável
Água Bi Destilada	500ml	Solução injetável
Água Destilada Estéril	05ml (ABD) - Ampola	Solução injetável
Água Destilada Estéril	10ml (ABD) - Ampola	Solução injetável
Alimentação Enteral	Caixa 1L	Solução Enteral
Alteplase	50 mg/50ml	Solução injetável
Amicacina Sulf.	250 mg/ml – Ampola 2ml	Solução injetável
Aminofilina	24 mg/ml – Ampola 10ml	Solução injetável
Amiodarona	50 mg/ml – Ampola 3ml	Solução injetável
Amoxicilina + Clavulanato	1 g+0,2 g/ml Fr/Ampola	Solução injetável
Ampicilina	1 g – Fr/Ampola	Solução injetável
Atropina Injetável	0,25 mg/ml – Ampola 1ml	Solução injetável
Benzilpenicilina G Benzatina	600.000ui – Fr/Ampola	Solução injetável
Benzilpenicilina G Benzatina	1.200.000ui – Fr/Ampola	Solução injetável
Bicarbonato De Sódio	8.4% 10ml – Ampola	Solução injetável
Bicarbonato De Sódio Bolsa	8.4% 250ml	Solução injetável
Carvão Ativado	10 g	Via oral
Cefalotina Sódica	1 g Iv/Im Fr/Ampola	Solução injetável

Cefepima Clor.	1 g Fr/Ampola	Solução injetável
Ceftriaxona	1 g Iv/Im Fr/Ampola	Solução injetável
Cetoprofeno	50 mg/ml – Ampola 2ml	Solução injetável
Cinarizina	75 mg – Comp	Via oral
Ciprofloxacino	2 mg/ml Bolsa 200ml	Solução injetável
Claritromicina	500 mg Fr/ampola	Endovenosa
Clindamicina	150 mg/ml – Ampola 4ml	Solução Injetável
Clopidogrel	75 mg – Comp.	Via oral
Cloreto De Potássio	10% - Ampola 10ml	Solução injetável
Cloreto De Sódio	10% - Ampola 10ml	Solução injetável
Cloreto De Sódio	0,9 % - Ampola 10ml	Solução injetável
Clorpromazina	5 mg/ml – Ampola 10ml	Solução injetável
Complexo B	Ampola 2ml	Solução injetável
Dersani	Frasco 100ml	Uso tópico
Deslanosídeo	0.2 mg/ml – Ampola 2ml	Solução injetável
Dexametasona	4 mg/ml – Ampola 2,5ml	Solução injetável
Dextroacetamina	50 mg/ml – Fr/Ampola 10ml	Solução injetável
Diazepam	5 mg/ml – Ampola 2ml	Solução injetável
Diclofenaco De Sódio	25 mg/ml 3ml	Solução injetável
Dimenidrinato + Piridoxina	50 mg+50 mg ampolas 1ml	Solução injetável
Dipirona Sodica	500 mg/ml Iv/Im – Ampola 2ml	Solução injetável
Dobutamina	12,5 mg/ml ampola 20ml	Solução injetável
Dopamina	5 mg/ml ampola 10ml	Solução injetável
Enoxaparina	20 mg seringa preenchida	Subcutâneo
Enoxaparina	40 mg seringa preenchida	Subcutâneo
Epinefrina/Adrenalina	1 mg/ml Iv/Im/Sc – Ampola 1ml	Solução injetável
Escopolamina	20 mg/ml – Ampola 1ml	Solução injetável
Escopolamina + Dipirona	4 mg+500 mg/ml – Ampola 5ml	Solução injetável
Etomidato	2 mg/ml ampola 10ml	Solução injetável
Fenitoína Sodica	50 mg/ml ampola 5 ml	Solução injetável

Fenobarbital	100 mg/ml – Ampola 2ml	Solução injetável
Fenoterol Bromidrato	5 mg/ml frasco 20ml	Inalação
Fentanila	50mcg/ml – Ampola 10ml	Solução injetável
Fitomenadiona Vit. K	10 mg/ml ampola 1ml	Solução injetável
Flumazenil	0,1/ml – Ampola 5ml	Solução injetável
Furosemida	10 mg/ml – Ampola 2ml	Solução injetável
Gentamicina	40 mg/ml ampola 2ml	Solução injetável
Glicerina	12% / 500ml	Via retal
Gliconato De Cálcio	10% - Ampola 10 ml	Solução injetável
Glicose	50% - Ampola 20ml	Solução injetável
Haloperidol	5 mg/ml – Ampola 1ml	Solução injetável
Heparina Sódica	5000ui/ml – Ampola 0,25ml	Subcutânea
Heparina Sódica	5000ui/ml – Ampola 5ml	Solução injetável
Hidralazina	20 mg/mL ampola 1ml	Solução injetável
Hidrocortisona	100 mg Fr/Ampola	Solução injetável
Hidrocortisona	500 mg Fr/ Ampola	Solução injetável
Hidrogel	Bisnaga de 85 g	Uso Tópico
Ipratrópio	0,25 mg/ml frasco 20ml	Inalação
Kollagenase + Cloranfenicol	0,6u/g+1% bisnaga de 30gr	Uso tópico
Lidocaína	2% S/Vaso 20ml	Solução injetável
Lidocaína	2% C/Vaso 20ml	Solução injetável
Lidocaína Geleia	2% bisnaga 30 g	Uso tópico
Manitol	20% frasco 250 ml	Solução injetável
Metoclopramida	5 mg/ml – Ampola 2ml	Solução injetável
Metoprolol	1 mg/ml ampola 5ml	Solução injetável
Metronidazol	5 mg/ml bolsa 100ml	Solução injetável
Midazolam	5 mg/ml – Ampola 3ml	Solução injetável
Midazolam	5 mg/ml – Ampola 10 ml	Solução injetável
Morfina Sulfato	10 mg/ml – Ampola 1ml	Solução injetável
Naloxona	0,4 mg/ml ampola 1ml	Solução injetável

Nitroglicerina	5 mg/ml – Ampola 10ml	Solução injetável
Nitroprusseto De Sódio	25 mg/ml ampola 2ml	Solução injetável
Norepinefrina	2 mg/ml – Ampola 4ml	Solução injetável
Omeprazol	40 mg Frasco-ampola	Solução injetável
Ondansetrona, Cloridrato	2 mg/ml – Ampola 4ml	Solução injetável
Oxacilina	500 mg Fr/ Ampola	Solução injetável
Prometazina Cloridrato	25 mg/ml – Ampola 2ml	Solução injetável
Ranitidina	25 mg/ml – Ampola 2ml	Solução injetável
Ringer Com Lactato	500ml	Solução injetável
Salbutamol Aerossol	100mcg/jato	Inalatório
Soro Fisiológico	0,9% - 250ml frasco	Solução injetável
Soro Fisiológico	0,9% - 100ml frasco	Solução injetável
Soro Fisiológico	0,9% - 500ml frasco	Solução injetável
Soro Glicofisiológico	500ml frasco	Solução injetável
Soro Glicosado	5% - 500ml frasco	Solução injetável
Soro Glicosado	5%- 250ml frasco	Solução injetável
Sulfadiazina De Prata	1% bisnaga 120 g	Uso tópico
Sulfato De Magnésio	50% Ampola 10ml	Solução injetável
Suxametônio Cloreto	100 mg – Frasco/Ampola	Solução injetável
Tenoxicam	20 mg Iv/Im Fr/ Ampola	Solução injetável
Tetracaína+Fenilefrina Colírio	1%+0,1%	Uso ocular
Tiamina	100 mg/ml ampola 1ml	Solução injetável
Tramadol Cloridrato	50 mg/ml – Ampola 2ml	Solução injetável
Vecurônio, Brometo de	4 mg Frasco-ampola	Solução injetável

Atualização realizada em Janeiro de 2024.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Bulário Eletrônico**. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 71/2020** – CGAFB/DAF/ SCTIE/MS. Distribuição e critérios para dispensação das canetas aplicadoras de insulina humana NPH, Regular e agulhas inoxidável para caneta aplicadora.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3047, de 28 de novembro de 2019**. Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename 2020 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2018. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2020**. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Rename-2020-final.pdf>. Brasília, 2019.

Goiás. Secretaria de Estado de Saúde. **medicamentos**. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/aceso-a-informacao/716-suvisa/vigil%C3%A2ncia-sanit%C3%A1ria/alvar%C3%A1-sanit%C3%A1rio/8434-drogaria-farmacia-e-posto-de-medicamentos>