

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS REMUME

DOM SILVÉRIO
2024
RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS POR ORDEM ALFABETICA

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.

Os medicamentos são disponibilizados através da Secretária Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), conforme lista oficial disponibilizada pelo Ministério da Saúde por meio da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais conforme o Ministério da Saúde publicou a [Portaria GM/MS nº 3.435, de 8 de dezembro de 2021](#), que estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename. A Rename 2022 cumpre a [Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021](#), que apresenta a composição desta Relação de acordo com as responsabilidades de financiamento da assistência farmacêutica entre os entes (União, estados e municípios), proporcionando transparência nas informações sobre o acesso aos medicamentos do SUS. Além disso, a Rename foi elaborada a partir das definições do [Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011](#) e estruturada de acordo com a [Resolução MS/GM/CIT nº 25, de 31 de agosto de 2017](#).

A Rename contempla os medicamentos e insumos disponibilizados no SUS, além de determinados medicamentos de uso hospitalar e outros insumos para saúde. Uma importante inovação desta edição refere-se à adoção da classificação “AWaRe” em relação aos medicamentos antimicrobianos. Tal classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) visa contribuir para a redução do desenvolvimento de bactérias resistentes a estes medicamentos e está alinhada ao Plano de Ação Global da OMS sobre a resistência antimicrobiana

A REMUME busca ampliar o acesso aos medicamentos considerados essenciais para os usuários de Dom Silvério, 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 Dom Silvério 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, apresentado em 2 vias;
- 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 será aviado apenas o que está prescrito na 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 e coloque o CID.

ORIENTAÇÃO PARA LEITURA DA REMUME

A REMUME é apresentada em 1 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 1, a REMUME é apresentada em três 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;

SEÇÃO 1**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) voltados aos principais agravos de saúde da Atenção Básica municipal.

O financiamento desse componente é responsabilidade dos três entes federados de acordo com a SES/MG nº 6.908, de 13 de novembro 2019. 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 Municipal 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\$ 5,58 *per capita*/ano (Portaria nº 2.001, de 03 de agosto de 2017 que altera o inciso I do art. 3º da Portaria 1.555/ GM/MS de 2013).

II – Contrapartida Estadual: R\$ 3,35 *per capita*/ano (Artigo 3º, *caput*, Deliberação SES/MG nº 6.908 de 13 de novembro 2019). Esse valor é para os municípios que aderirem á Ata de Registro de Preço Estadual.

III – Contrapartida Municipal: R\$ 2,36 *per capita*/ano (Artigo 2º, *caput*, Deliberação SES/MG nº 6.908 de 13 de novembro 2019).

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 no formato de canetas NPH e Regular (tubete 3ml) são fornecidos conforme Nota Técnica do Ministério da Saúde nº84/2021 – CGAFB/DAF/SCTIE/MS para os seguintes grupos:

- Pacientes com Diabetes Mellitus 1 e 2 na faixa etária menor ou igual a 19 anos;
- Pacientes com Diabetes Mellitus 1 e 2 na faixa etária maior ou igual a 50 anos.

ITEM	MEDICAMENTO
01	ACICLOVIR – 50MG/G CREME
02	ACICLOVIR SODICO- 200 MG COMPRIMIDO
03	ACIDO ACETILSALICILICO- 100 MG COMPRIMIDO
04	ACIDO FOLICO (VITAMINA B9) - 5 MG COMPRIMIDO
05	ALBENDAZOL 40 MG/ML SUSPENSÃO ORAL
06	ALBENDAZOL - 400 MG COMPRIMIDO MASTIGÁVEL
07	ALENDRONATO SÓDIO - 70 MG COMPRIMIDO
08	ALOPURINOL -100 MG COMPRIMIDO
09	ALOPURINOL 300 MG COMPRIMIDO
10	ALPRAZOLAM – 0,5MG
11	ALPRAZOLAM – 1MG
12	AMPICILINA – 500MG
13	AMIODARONA -200 MG COMPRIMIDO
14	AMITRIPTILINA CLORIDRATO- 25 MG COMPRIMIDO
15	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTASSIO - 50+12,5 MG/ML PO PARA SUSPENSAO ORAL
16	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTASSIO - 500+125 MG COMPRIMIDO
17	AMOXICILINA - 50 MG/ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL
18	AMOXICILINA - 500 MG CAPSULA
19	ANLODIPINO BESILATO - 10 MG COMPRIMIDO
20	ANLODIPINO BESILATO - 5 MG COMPRIMIDO
21	ATENOLOL – 25MG COMPRIMIDO
22	ATENOLOL- 50 MG COMPRIMIDO
23	AZITROMICINA - 40 MG/ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL
24	AZITROMICINA - 500 MG COMPRIMIDO
25	AZATIOPRINA – 50MG COMPRIMIDO
26	BACLOFENO – 10MG COMPRIMIDO
27	BECLOMETASONA DIPROPIONATO - 250 MCG AEROSSOL ORAL
28	BECLOMETASONA DIPROPIONATO - 50 MCG AEROSSOL ORAL
29	BENZILPENICILINA BENZATINA - 1.200.000 UI PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL (VIA INTRAMUSCULAR)
30	BENZILPENICILINA BENZATINA - 600.000 UI PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL (VIA INTRAMUSCULAR)
31	BENZILPENICILINA POTÁSSICA – 5.000.000 UI
32	BIPERIDENO CLORIDRATO - 2 MG COMPRIMIDO
33	BISACODIL – 5MG COMPRIMIDO
34	BROMAZEPAM – 3MG COMPRIMIDO
35	BUPROPIONA-150MG COMPRIMIDO
36	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA+DIPIRONA – 10+250MG COMPRIMIDO
37	CAPTOPRIL - 25 MG COMPRIMIDO
38	CARBAMAZEPINA - 200 MG COMPRIMIDO
39	CARBAMAZEPINA - 400 MG COMPRIMIDO
40	CARBONATO DE CALCIO+COLECALCIFEROL 1500+400 MG+UI COMPRIMIDO
40	CARBONATO DE CÁLCIO-1250MG COMPRIMIDO
41	CARBONATO DE LÍTIO - 300 MG COMPRIMIDO
42	CARVEDILOL - 25 MG COMPRIMIDO

FARMÁCIA DE MINAS – GERALDINO LESSA – 30A – CENTRO –
 DOM SILVÉRIO – Tel: (31)-99710-6734 –
 Email: farmaciadetodos@domsilverio.mg.gov.br

43	CARVEDILOL - 12,5 MG COMPRIMIDO
44	CARVEDILOL - 3,125 MG COMPRIMIDO
45	CARVEDILOL - 6,25 MG COMPRIMIDO
46	CEFALEXINA - 50 MG/ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL
47	CEFALEXINA - 500 MG COMPRIMIDO
48	CEFTRIAXONA – 500MG PÓ
49	CETOCONAZOL - 20 MG/ML SHAMPOO
50	CETOCONAZOL – 200MG COMPRIMIDO
51	CIANOCOBALAMINA – 1000MCG AMOPLA 2ML
52	CICLOBENZAPRINA – 10MG COMPRIMIDO
53	CINARIZINA – 75MG COMPRIMIDO
54	CIPROFLOXACINO CLORIDRATO - 500 MG COMPRIMIDO
55	CITALOPRAM – 20MG COMPRIMIDO
56	CLARITROMICINA 500 MG COMPRIMIDO
57	CLOBAZAM - 10MG COMPRIMIDO
59	CLOMIPRAMINA CLORIDRATO - 25 MG COMPRIMIDO
60	CLONAZEPAM - 2,5 MG/ML SOLUÇÃO ORAL
61	CLONAZEPAM -2MG COMPRIMIDO
62	CLORETO DE SÓDIO - 9 MG/ML SOLUÇÃO NASAL
63	CLORPROMAZINA CLORIDRATO - 100 MG COMPRIMIDO
64	CLORPROMAZINA CLORIDRATO - 25 MG COMPRIMIDO
65	CLORPROMAZINA CLORIDRATO - 40 MG/ML SOLUÇÃO ORAL
66	CLORTALIDONA – 25MG COMPRIMIDO
67	COLAGENASE 0,6UI/G – BISNAGA 30G
68	DEXAMETASONA - 1 MG/G CREME
69	DEXAMETASONA - 4 MG COMPRIMIDO
70	DEXCLORFENIRAMINA MALEATO - 2 MG COMPRIMIDO
71	DEXCLORFENIRAMINA MALEATO- 0,4 MG/ML SOLUÇÃO ORAL
72	DIAZEPAM - 10 MG COMPRIMIDO
73	DICLOFENACO DE SÓDIO – 50MG COMPRIMIDO
74	DIGOXINA - 0,25 MG COMPRIMIDO
75	DILTIAZEM – 30MG COMPRIMIDO
76	DILTIAZEM – 60MG COMPRIMIDO
77	DIMETICONA – 75MG/ML SOLUÇÃO ORAL
78	DIPIRONA SÓDICA - 500 MG COMPRIMIDO
79	DIPIRONA SÓDICA - 500 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA ENDOVENOSA OU INTRAMUSCULAR)
80	DIPIRONA SÓDICA - 500 MG/ML SOLUÇÃO ORAL
81	DOMPERIDONA – 10MG COMPRIMIDO
82	DOXAZOSINA – 2MG COMPRIMIDO
83	ECISTALOPRAM – 10MG COMPRIMIDO
84	ENALAPRIL MALEATO - 10 MG COMPRIMIDO
85	ENALAPRIL MALEATO - 20 MG COMPRIMIDO
86	ENANTATO DE Noretisterona+Valerato de Estradiol – 50+5MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
87	ENOXAPARINA – 40MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL SUBCUTÂNEA
88	ENOXAPARINA – 60MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL SUBCUTÂNEA

89	ESPIRAMICINA – 500MG (EQUIVALENTE A 1.500.000UI) COMPRIMIDO
90	ESPIRONOLACTONA - 25 MG COMPRIMIDO
91	FENITOÍNA SÓDICA - 100 MG COMPRIMIDO
92	FENOBARBITAL SODICO - 100 MG COMPRIMIDO
93	FENOBARBITAL SÓDICO - 40 MG/ML SOLUÇÃO ORAL
94	FLUCONAZOL - 150 MG CÁPSULA
95	FLUOXETINA CLORIDRATO - 20 MG CÁPSULA
96	FOLINATO DE CALCIO - 15 MG COMPRIMIDO
97	FUROSEMIDA - 10 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA ENDOVENOSA OU INTRAMUSCULAR)
98	FUROSEMIDA - 40 MG COMPRIMIDO
99	GLIBENCLAMIDA - 5 MG COMPRIMIDO
100	GLICLAZIDA - 30 MG COMPRIMIDO DE LIBERACAO PROLONGADA
101	GLICLAZIDA - 60 MG COMPRIMIDO DE LIBERACAO PROLONGADA
102	GLIMEPERIDA – 2MG COMPRIMIDO
103	HALOPERIDOL - 5 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA INTRAMUSCULAR)
104	HALOPERIDOL- 1 MG COMPRIMIDO
105	HALOPERIDOL -2 MG/ML SOLUÇÃO ORAL
106	HALOPERIDOL- 5 MG COMPRIMIDO
107	HALOPERIDOL DECANOATO - 50 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA INTRAMUSCULAR)
108	HEPARINA SODICA 5000 UI/0,25 ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (VIA SUBCUTÂNEA)
109	HIDRALAZINA CLORIDRATO - 50 MG COMPRIMIDO
110	HIDRALAZINA CLORIDRATO- 25 MG COMPRIMIDO
111	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG COMPRIMIDO
112	HIDROCORTISONA ACETATO - 10 MG/G CREME
113	IBUPROFENO - 50 MG/ML SUSPENSÃO ORAL
114	IBUPROFENO – 600MG COMPRIMIDO
115	IMIPRAMINA – 25MG COMPRIMIDO
116	IPRATRÓPIO BROMETO - 0,25 MG/ML SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO
117	ISOSSORBIDA MONONITRATO - 20 MG COMPRIMIDO
118	ITRACONAZOL - 100 MG CÁPSULA
119	IVERMECTINA - 6 MG COMPRIMIDO
120	LEVETIRACETAM – 750MG COMPRIMIDO
121	LEVODOPA + BENSERAZIDA - 100+25 MG COMPRIMIDO
122	LEVODOPA + BENSERAZIDA - 200+50 MG COMPRIMIDO
123	LEVOFLOXACINO – 500MG COMPRIMIDO
124	LEVOMEPROMAZINA – 100MG COMPRIMIDO
125	LEVOMEPROMAZINA – 25MG CMPRIMIDO
126	LEVONORGESTREL+ETINILESTRADIOL – 0,15MG+0,03MG COMPRIMIDO
127	LEVOTIROXINA - 50 MCG COMPRIMIDO
128	LEVOTIROXINA – 75MCG COMPRIMIDO
129	LEVOTIROXINA SÓDICA - 100 MCG COMPRIMIDO
130	LEVOTIROXINA SÓDICA - 25 MCG COMPRIMIDO
131	LIDOCAÍNA – 2% GELEIA
132	LORATADINA - 1 MG/ML XAROPE
133	LORATADINA - 10 MG COMPRIMIDO

134	LOSARTANA – 25MG COMPRIMIDO
135	LOSARTANA POTASSICA - 50 MG COMPRIMIDO REVESTIDO
136	MEBENDAZOL – 20MG/ML SOLUÇÃO ORAL
137	MEBENDAZOL- 100MG COMPRIMIDO
138	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO - 50 MG/ML SUSPENSÃO INJETÁVEL
139	MELOXICAM – 15MG COMPRIMIDO
140	METFORMINA CLORIDRATO - 500 MG COMPRIMIDO
141	METFORMINA CLORIDRATO - 850 MG COMPRIMIDO
142	METILDOPA - 250 MG COMPRIMIDO
143	METILFENIDATO – 10MG COMPRIMIDO
144	METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO - 10 MG COMPRIMIDO
144	METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO - 4 MG/ML SOLUÇÃO ORAL
145	METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO - 5 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
146	METOPROLOL SUCCINATO - 25 MG COMPRIMIDO REVESTIDO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA
147	METOPROLOL SUCCINATO - 50 MG COMPRIMIDO REVESTIDO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA
148	METRONIDAZOL - 100 MG/G GEL VAGINAL
149	METRONIDAZOL - 250 MG COMPRIMIDO
150	METRONIDAZOL - 400 MG COMPRIMIDO
151	METRONIDAZOL – 40MG/ML SUSPENSÃO ORAL
152	MICONAZOL NITRATO - 20 MG/G CREME
153	MICONAZOL NITRATO - 20 MG/G CREME VAGINAL
154	MICONAZOL NITRATO - 20 MG/G LOÇÃO CREMOSA
155	NEOMICINA +BACITRACINA – 5+250UI/G POMADA
156	NIFEDIPINO – 20MG COMPRIMIDO
157	NIFEDIPINO -10MG COMPRIMIDO
158	NIMESULIDA – 100MG COMPRIMIDO
159	NISTATINA - 100000 UI/ML SUSPENSÃO ORAL
161	NISTATINA CREME VAGINAL
162	NITROFURANTOÍNA – 100MG COMPRIMIDO
163	NORETISTERONA – 0,35MG COMPRIMIDO
164	NORFLOXACINO – 400MG COMPRIMIDO
165	NORTRIPTILINA CLORIDRATO - 25 MG CAPSULA
166	NORTRIPTILINA CLORIDRATO - 50 MG CAPSULA
167	NORTRIPTILINA CLORIDRATO - 75 MG CAPSULA
168	OMEPRAZOL - 20 MG CAPSULA
169	ONDANSETRONA CLORIDRATO - 4 MG COMPRIMIDO
170	ONDANSETRONA CLORIDRATO – 8MG COMPRIMIDO
172	OXCARBAMAZEPINA – 600MG COMPRIMIDO
173	PANTOPRAZOL – 40MG COMPRIMIDO
174	PARACETAMOL - 200 MG/ML SOLUÇÃO ORAL
175	PARACETAMOL - 500 MG COMPRIMIDO
176	PAROXETINA – 20MG COMPRIMIDO
177	PERICIAZINA - 40MG/ML(4%) SOLUÇÃO ORAL
178	PERMETRINA - 10 MG/ML LOÇÃO
179	PERMETRINA - 50 MG/ML (5%) LOÇÃO
180	PIRIMETAMINA – 25MG COMPRIMIDO

181	PREDNISOLONA FOSFATO SÓDICO - 1 MG/ML SOLUÇÃO ORAL
182	PREDNISOLONA FOSFATO SÓDICO - 3 MG/ML SOLUÇÃO ORAL
183	PREDNISONA - 20 MG COMPRIMIDO
184	PREDNISONA - 5 MG COMPRIMIDO
184	PREGABALINA – 75MG CAPSULA
185	PROMETAZINA – 25MG COMPRIMIDO
186	PROMETAZINA – 25MG/ML AMPOLA
187	PROPRANOLOL CLORIDRATO - 40 MG COMPRIMIDO
188	QUETIAPINA – 25MG COMPRIMIDO
188	QUETIAPINA – 100MG COMPRIMIDO
189	RISPERIDONA – 1MG COMPRIMIDO
190	RISPERIDONA – 2MG COMPRIMIDO
191	RISPERIDONA – 3MG COMPRIMIDO
192	SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL (CLORETO SÓDIO + GLICOSE + CITRATO DE SÓDIO + CLORETO DE POTÁSSIO) 3,5+20,0+2,9+1,5 G POPARA PREPARAÇÃO EXTEMPORANEA
193	SALBUTAMOL SULFATO - 100 MCG AEROSSOL ORAL
194	SECNIDAZOL – 1000MG COMPRIMIDO
195	SERINGA PARA APLICAÇÃO DE INSULINA - 0,3 ML - AGULHA 6,0 X 0,25 MM
196	SERINGA PARA APLICAÇÃO DE INSULINA - 0,3 ML - AGULHA 8,0 X 0,30 MM
197	SERTRALINA – 50MG COMPRIMIDO
198	SIMETICONA – 75MG/ML SOLUÇÃO ORAL
199	SINVASTATINA - 10 MG COMPRIMIDO REVESTIDO
200	SINVASTATINA - 20 MG COMPRIMIDO REVESTIDO
201	SINVASTATINA - 40 MG COMPRIMIDO REVESTIDO
202	SULFADIAZINA DE PRATA - 10 MG/G CREME
203	SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPRIMA - 40+8 MG/ML SUSPENSÃO ORAL
204	SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPRIMA - 400+80 MG COMPRIMIDO
205	SULFATO FERROSO – 25MG/ML SOLUÇÃO ORAL
206	SULFATO FERROSO - 40 MG COMPRIMIDO
207	SULFATO FERROSO – 5MG/ML XAROPE
208	TETRACICLINA – 500MG COMPRIMIDO
209	TIAMINA – 300MG COMPRIMIDO
210	TOPIRAMATO – 50MG COMPRIMIDO
211	VALPROATO DE SÓDIO - 250MG CAPSULA
212	VALPROATO DE SÓDIO - 500MG COMPRIMIDO
213	VALPROATO DE SÓDIO - 50MG/ML XAROPE
214	VARFARINA SÓDICA - 5MG COMPRIMIDO
215	VERAPAMIL CLORIDRATO - 80MG COMPRIMIDO

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

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf) destina-se ao acesso dos medicamentos e insumos destinados aos agravos com potencial de impacto endêmico e às condições de saúde caracterizadas como doenças

negligenciadas, que estão correlacionadas com a precariedade das condições socioeconômicas de um nicho específico da sociedade. Os medicamentos do elenco do Cesaf são financiados, adquiridos e distribuídos de forma centralizada, pelo Ministério da Saúde, cabendo aos demais entes da federação o recebimento, o armazenamento e a distribuição dos medicamentos e insumos dos programas considerados estratégicos para atendimento do SUS.

O Cesaf garante o acesso aos medicamentos e insumos para as seguintes doenças: tuberculose, hanseníase, toxoplasmose, filariose, tracoma, meningite, leishmaniose, doença de Chagas, cólera, esquistossomose, hepatite, dengue, micoses sistêmicas, lúpus, febre maculosa, brucelose, bem como outras doenças que atendam aos critérios do Componente. O Cesaf também garante o fornecimento dos insumos e medicamentos destinados ao controle do tabagismo, à influenza, à prevenção ao vírus sincicial respiratório, à intoxicação por cianeto, à alimentação e nutrição, à hepatite, aos hemocomponentes, a coagulopatias e hemoglobinopatias, às imunoglobulinas, à IST/aids, às vacinas e aos soros.

Destaca-se que o Ministério da Saúde adquire os medicamentos e insumos deste Componente por intermédio de diferentes áreas: o tratamento de hepatites virais e HIV, pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); vacinas e soros, pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI); medicamentos para o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados, pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes/MS); e os demais medicamentos, pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.

Os medicamentos Antirretrovirais possui seu financiamento pelo governo federal, o município de Dom Silvério desempenha atribuições como um intermediador entre os pacientes e o Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE) de Ponte Nova, órgão vinculado à Secretaria de Estado da Saúde (SES), 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, Linfogranulosa, Donovanose, corrimento vaginal e cervicite por clamídia, doença inflamatório-pélvica e Proctite.	Receita relatando o CID da 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 diagnóstico + cópia dos documentos pessoais.
Estreptomina 1 g (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 pessoais.
Isoniazida 100 mg – Comprimido	Tuberculose	Receita + cópia da notificação + exames que comprovem

		diagnóstico + cópia dos documentos pessoais.
Itraconazol 150 mg - Comprimido	Esporotricose	Receita + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Lamivudina 10 mg/ml - solução oral	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação cópia dos documentos pessoais.+cópia dos documentos pessoais.
Lamivudina 150 mg - comprimido	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia Da notificação+cópia dos documentos pessoais.
Lopinavir 100 mg + Ritonavir 25 mg - Comprimido	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia Da notificação+cópia dos documentos pessoais.
Maraviroque 150 mg - Comprimido	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia Da notificação+cópia dos documentos pessoais.
Meglumina Antimoniato 300 mg/ml - Solução Injetável	Leishmaniose	Receita + cópia da notificação + exames que comprovem diagnóstico + cópia dos documentos pessoais.
Nevirapina 10 mg/ml - solução oral	Antirretroviral	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia Da notificação+ cópia dos documentos pessoais.
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-7mg 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 Dispersível	Tuberculose Esquema Especial	Receita + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Pirazinamida 30 mg/ml - Suspensão	Tuberculose Esquema Especial	Receita + cópia da notificação

Oral		+ 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 diagnóstico + cópia dos documentos pessoais.
Praziquantel -600 mg – Comprimido	Esquistossomose	Receita + cópia da notificação + exames que comprovem diagnóstico + 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+100mg(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 diagnóstico + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Rifampicina+Pirazinamida+ Etambutol+Isoniazida 150+400+275+75 mg – Comprimido	Tuberculose	Receita + + exames que comprovem diagnóstico + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
Rifampicina+Pirazinamida+ Etambutol+Isoniazida 75+50+150 mg – Comprimido dispersíveis	Tuberculose	Receita + cópia da notificação + exames que comprovem diagnóstico + 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	*Hanseníase (CID A30). *DST/AIDS (CID B 23.8). *Lúpus eritematoso sistêmico (CIDM32). *Lúpus eritematoso discoide (CIDL93.0). *Lúpus eritematoso cutâneo subagudo (CIDL93.0). *Doença enxerto contra hospedeiro (CIDT86.0). *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 aa 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 Ponte Nova, órgão vinculado à Secretaria de Estado da Saúde (SES), 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). 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 2022.

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 <https://www.saude.mg.gov.br/obtermedicamentosceaf>;

Lista dos medicamentos disponíveis:

<https://www.saude.mg.gov.br/obtermedicamentos/ceaf/lista-de-medicamentos-nor-ordem-alfabetica-ceaf/>

Simião Jose de Santana Junior
Farmacêutico Municipal
CRF-MG: 45407

Karla Virginia Leles da Silva
Secretária de Saúde

Atualizações	Data	Responsável
Anexo 1	26/08/2024	Simião J. Santana Junior
Revisão	28/08/2025	Simião
Alteração responsáveis	28/08/2025	Simião