

**RELAÇÃO MUNICIPAL DE
MEDICAMENTOS
ESSENCIAIS
REMUME**

COLORADO DO OESTE - RO

2023

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

**PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE-RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

AVENIDA PAULO DE ASSIS RIBEIRO, 4132

CEP 76.993.000

FONE: (69) 3341-3421

e-mail: semusa@coloradooeste.ro.gov.br

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
JOSÉ RIBAMAR DE OLIVEIRA
PREFEITO MUNICIPAL
RIVANIA CASSIA CAMPOS LIMA
RIBEIRO**

ASSESSORA ESPECIAL DE SAÚDE

EQUIPE TÉCNICA DE ELABORAÇÃO

ELIANAI VIEIRA TAVARES

JAIANE ATAISLA ELIODORIO ZAMILIAN

LARISSA LIMA AZEVEDO

CLAUDIA PAULINO DA SILVA

RAFAELA DE PAULA ROSA MENEZES

JULIANO DRUMONT MONTENEGRO CAETANO VEIGA

KAREN TALYTA DE OLIVEIRA PEGO

MATHEUS PLATINI DE SOUZA

LARISSA TEIXEIRA CAVEQUEIA

Colorado do Oeste -RO
Ano 2023

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataisla Eliodorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Revisar em: Julho/2024
	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	

APRESENTAÇÃO

I - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), adotada nos municípios, deve ser um instrumento para as ações de saúde, que envolvam a terapêutica com a utilização de fármacos indispensáveis.

A REMUME - Colorado do Oeste, dever ser uma diretriz para a aquisição de produtos farmacêuticos, prescrição médica e dispensação em todos os serviços de saúde da secretaria municipal de saúde de Colorado do Oeste.

A qualquer tempo as atribuições necessárias ao contínuo aperfeiçoamento dessa relação de fármacos serão bem-vindas.

Essas recomendações de uso propiciará um apoio valioso para os profissionais de saúde na efetivação do uso racional de fármacos.

Essa relação contempla os fármacos disponíveis no hospital para a assistência ao paciente durante o período de internação e os fármacos dispensados pela farmácia básica.

A dispensação dos medicamentos elencados nessa REMUME pela farmácia básica é feita mediante apresentação de prescrição médica, cartão nacional de saúde e se o medicamento for de controle especial o Registro Geral (RG).

II - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS constitui uma estratégia para o aumento e a qualificação do acesso da população aos medicamentos essenciais. Ao mesmo tempo em que o medicamento é um importante insumo no processo de atenção à saúde, pode também se constituir em um fator de risco, quando utilizado de maneira inadequada.

A assistência farmacêutica está vinculada à garantia de acesso aos medicamentos, ao seu uso racional e pela necessidade de articulação do conjunto das ações de saúde, sendo o usuário do SUS o foco principal de seus serviços.

Para a promoção do uso racional de medicamentos devem ser criados mecanismos que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo para a garantia da utilização segura e eficaz.

Dentre esses mecanismos podemos destacar a utilização da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e dos protocolos clínicos.

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataísia Eliodorio Zamlian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	Revisar em: Julho/2024



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

A REMUME foi elaborada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, existente no Município de Colorado do Oeste, composta por uma equipe multiprofissional formada por médicos, farmacêuticos, enfermeiras, que trabalham de maneira permanente na revisão da REMUME e protocolos farmacoterapêuticos.

A REMUME tende a incrementar a qualidade da prescrição e facilitar o processo de escolha do medicamento e da dispensação, além de facilitar o abastecimento dos sistemas, inclusive o armazenamento e a distribuição, tornando-os mais regulares e eficientes, com economia e racionalização. A REMUME e a lista complementar de medicamentos são isentas de conflitos de interesse e selecionadas com base nos medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e na medicina baseada em evidências, visando subsidiar os profissionais de saúde para a prescrição, a dispensação e o uso dos medicamentos para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

A seleção dos medicamentos foi baseada em critérios com comprovada eficácia, segurança, conveniência posológica, disponibilidade no mercado e menor custo, que atendam as necessidades epidemiológicas, prevalentes no Município de Colorado do Oeste.

O objetivo desta ferramenta na prática de Colorado do Oeste é garantir ampla difusão entre os profissionais de saúde diminuindo prescrições de medicamentos não padronizados o que possibilita o acesso do usuário aos medicamentos essenciais de forma plena e humanizada, com melhoria na qualidade de vida do usuário.

Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Elaborado por: Erianai Vieira Tavares / Jaiane Ataísia Eliodorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	Revisar em: Julho/2024
---	---	--	------------------------

III - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NAS FARMÁCIAS DO SUS

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

Esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

Assim, a Assistência Farmacêutica apresenta componentes com aspectos de natureza técnica, científica e operativa, integrando-os de acordo com a complexidade do serviço, necessidades e finalidades.

No entanto, a organização da Assistência Farmacêutica caracteriza-se como uma estratégia que procura superar a fragmentação entre esses componentes e as diversas áreas do sistema, mediante definição de fluxos na construção de um conjunto articulado e sincronizado, que influencia e é influenciado pelas áreas dos serviços de saúde.

IV - DEFINIÇÕES

- **Relação Municipal de Medicamentos – REMUME:**

Seleção dos medicamentos que serão ofertados pelos municípios e Distrito federal a partir da RENAME considerando o perfil epidemiológico, a organização dos serviços e a complexidade do atendimento oferecido.

- **Relação Nacional de Medicamentos – RENAME:**

A RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

- **Medicamentos Essenciais:**

Medicamentos essenciais são aqueles definidos pelo SUS para garantir o acesso do usuário ao tratamento medicamentoso.

Elaborado por: Erianai Vieira Tavares / Jaiane Ataisla Eliodorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023 Revisar em: Julho/2024

• **Componente Básico da Assistência Farmacêutica:**

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da atenção básica.

• **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica:**

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destinase ao financiamento para custeio de ações de assistência farmacêutica nos seguintes programas de saúde estratégicos:

- I. Controle de endemias, tais como a Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
- II. Anti-retrovirais do programa DST/AIDS;
- III. Sangue e Hemoderivados; e
- IV. Imunobiológicos;

São medicamentos destinados a patologias de controle específico do Ministério da Saúde, para atingirem as metas de controle e eliminação exigidos pela Organização Mundial de Saúde ou por serem medicamentos cuja aquisição depende de processos de licitação internacional.

• **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica:**

É uma estratégia de acesso a medicamento no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde. A Portaria GM/MS N° 2981/2009 determina que o acesso aos medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas no âmbito deste Componente será garantido mediante a pactuação entre a União, estados, Distrito Federal e municípios.

• **Programa Hanseníase e Tuberculose:**

Os medicamentos destes programas são entregues ao DEGAF (departamento Gestão Assistência Farmacêutica) trimestralmente de acordo com a programação anual feita pelo Ministério da Saúde, DEGAF (departamento Gestão Assistência Farmacêutica) e Coordenações Estaduais de Hanseníase e Tuberculose. A distribuição é feita com base nas solicitações dos

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataísia Eliodorio Zamlian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023 Revisar em: Julho/2024



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

mapas de consumo, às Regionais de Saúde, que por sua vez repassam aos seus municípios de abrangência.

- **Programa Endemias** – Doença de Chagas, Esquistossomose, Leishmaniose, Malária e Meningite:

Os medicamentos destes programas são entregues ao DEGAF (departamento Gestão Assistência Farmacêutica), conforme solicitação feita no Sistema de Informação de Insumos Estratégicos - SIES. O DEGAF (departamento Gestão Assistência Farmacêutica) analisa os pedidos, envia os medicamentos às Regionais de Saúde, que os repassam aos seus municípios de abrangência.

- **Programa DST/AIDS** - Anti-retrovirais:

De acordo com a pontuação na Comissão Intergestores Tripartite – CIT - o Ministério da Saúde através do Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS) seleciona e compra os medicamentos anti-retrovirais (ARVs) e os distribui aos estados. Em Rondônia, o DEGAF (departamento Gestão Assistência Farmacêutica) é responsável pelo recebimento desses medicamentos enviados pelo Almoxarifado Central de Medicamentos/MS e/ou diretamente pelos laboratórios produtores e os redistribui às Unidades Dispensadoras.

V - CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

Os seguintes critérios devem ser empregados no processo de seleção de medicamentos:

- Selecionar medicamentos com níveis elevados de evidência sobre segurança e eficácia clínica;
- Eleger medicamentos de menor toxicidade relativa e maior comodidade posológica;
- Padronizar, resguardando a qualidade, medicamentos cujo custo do tratamento/dia e o custo da duração idónea do tratamento sejam menores;
- Evitar a inclusão de associações fixas;
- Escolher, sempre que possível, dentre medicamentos de mesma ação farmacológica, de um representante de cada categoria química ou com característica farmacocinética diferente, ou que possua características farmacológicas que representem vantagem no uso terapêutico;

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataísia Eliodorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	Revisar em: Julho/2024
---	---	--	------------------------

- Padronizar, resguardando a qualidade, medicamentos cujo custo do tratamento/dia e o custo da duração idônea do tratamento sejam menores;
- Evitar a inclusão de associações fixas;
- Escolher, sempre que possível, dentre medicamentos de mesma ação farmacológica, de um representante de cada categoria química ou com característica farmacocinética diferente, ou que possua características farmacológicas que representem vantagem no uso terapêutico;
- Priorizar formas farmacêuticas que proporcionem maior possibilidade de fracionamento e adequação à faixa etária;
- Realizar a seleção de antimicrobianos em conjunto com a Comissão/Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
- Padronizar medicamentos pelo nome do princípio ativo adotando a denominação comum brasileira – DCB;
- Revisão periódica da padronização, de preferência anualmente, com critérios de inclusão e exclusão bem definidos;
- Inclusão da relação de fármacos de uso restrito para emergências, em casos que envolvam risco de vida.

VI- COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

É equipe de profissionais designada pela Secretaria Municipal de Saúde com a finalidade de regulamentar a seleção e padronização dos medicamentos utilizados nas Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Básica Municipal e no Hospital Municipal.

VII- OBJETIVOS DA COMISSÃO

Padronizar medicamentos pelo nome genérico, conforme a Denominação Comum Brasileira – DCB;

- Utilizar como referência a RENAME preferencialmente, porém com autonomia para escolher outros medicamentos desde que seja aplicável para uso no município utilizando de recursos municipais para aquisição destes medicamentos;
- Padronizar medicamentos, preferencialmente, com único princípio ativo, excluindo-se sempre que possível, as associações;
- Padronizar, resguardando a qualidade, medicamentos cujo custo do tratamento/dia e o

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataísia Eliodorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	Revisar em: Julho/2024
---	--	--	------------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

custo total do tratamento sejam os mais aceitáveis possíveis, com formas farmacêuticas que permitam a individualização na distribuição, tudo em estrita consonância com as normas técnicas e legais vigentes;

- Elaborar medidas para manutenção da qualidade dos materiais e medicamentos utilizados na rede básica de saúde do município. Desenvolvendo parecer técnico desfavorável sempre que possível para evitar que tal produto seja adquirido novamente;
- Possuir estreita relação com todos os profissionais de saúde do município, estando atento à sugestões, dúvidas e reclamações relacionados à padronização de medicamentos e materiais hospitalares.
- Reunir-se periodicamente (no mínimo anualmente) para revisão, manutenção e discussão da padronização em vigor e definir mudanças sempre que possível.
- Estabelecer critérios para disciplinar a inclusão e/ou exclusão de medicamentos;
- Tornar impessoais as decisões com a consequente melhoria de qualidade dos medicamentos padronizados;
- Possibilitar maior embasamento técnico-científico para a escolha do medicamento.
- Revisar anualmente será obrigatório.

VIII- MEMBROS DA COMISSÃO

- **REPRESENTANTE DA EQUIPE MÉDICA:**
- **REPRESENTANTES FARMACÊUTICO:**
- **REPRESENTANTE DA ENFERMAGEM**
- **REPRESENTANTE DA VIGILANCIA EM SAÚDE**

IX - PROCEDIMENTO PARA ALTERAÇÃO DA REMUME

Toda e qualquer alteração neste guia somente ocorre após aprovação da comissão de farmácia e terapêutica. Tanto a inclusão quanto a exclusão, somente ocorrerá na próxima vigência da REMUME visto que o processo de aquisição de medicamentos ocorre através de licitação que poderá ter como base a **Tabela CMED ou pela media de preço por cotação ou pelo Banco de Preço do Governo Federal**, realizada uma vez ao ano, exceto em casos de Epidemias e Pandemia pode ser realizado a licitação quinzenal ou mensal.

Para a inclusão/exclusão de medicamentos é necessário o preenchimento de formulário

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataísia Eliodorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Revisar em: Julho/2024
	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	


PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

de inclusão/exclusão de medicamento disponível na ultima pagina deste manual, que se encontra com os responsáveis pelas Unidades Básica Saúde e Hospital. Essa solicitação será analisada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, após avaliação o profissional que fez a sugestão é informado do parecer final da comissão.

X - EXCLUSÃO

Serão excluídos da padronização:

- Fármacos sem movimentação, nos últimos seis meses, no que se refere ao fármaco, dosagem e forma de apresentação;
- Fármacos não mais apresentados comercialmente ou que se mostrarem tóxicos e/ou ineficazes;
- Fármacos que poderão ser substituídos, com vantagens, na inclusão de outros.

XI - DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O Departamento de Assistência Farmacêutica é o setor responsável pela dispensação de medicamentos, produtos para a saúde, materiais de uso ambulatoriais e odontológicos para toda a rede de assistência básica municipal.

- CAF (central de abastecimento farmacêutico) setor responsável pela recepção e distribuição de medicamentos, produtos para a saúde, materiais de uso ambulatoriais e odontológicos para toda a rede de assistência básica municipal.
- Farmácia Hospitalar - atendimento ao hospital, aos pacientes internados.
- Farmácia Municipal – atendimentos a todos os pacientes das unidades de saúde, população coloradense, alguns casos das Unidades Básica de Saúde e de alguns programas do componente estratégico da assistência farmacêutica.

XII - NORMAS PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL

- As receitas devem ser do município de Colorado do Oeste (com validade para 6 meses), possuir data, assinatura, e de preferência o carimbo do profissional que o forneceu. E por dificuldades o município não possuir médicos especialistas, também será atendida receitas particulares da população coloradense (com validade de 12 meses). A validade das

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataísia Eliodorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Revisar em: Julho/2024
	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

receitas terão exceção caso sejam medicamentos de controle especial, de acordo com a RDC nº 344/98, e nº 20/2011.

- O paciente deve se apresentar o cartão SUS, para o atendimento. Para dispensação de medicamentos de controle especial deve ser apresentado RG de quem for vir retirar o medicamento.
- Quando uso contínuo, será fornecida quantidade de medicamento suficiente para um período de 30 (trinta) dias de tratamento, ou para no máximo 60 (sessenta) dias de tratamento, dependendo da disponibilidade de estoque e do perfil de adesão do paciente, ficando a critério do farmacêutico a reavaliação dos casos.
- A quantidade dispensada dos demais medicamentos deve ser suficiente para o tempo de tratamento prescrito;
- Receituários de Medicamentos do Programa Hiperdia (Hipertensão e Diabetes) terão validade de 6 (seis) meses quando especificado no receituário como uso contínuo e com acompanhamento mensal da Unidade de Saúde com apresentação do cartão de acompanhamento dos profissionais de Saúde;
- Receitas de Medicamentos Psicotrópicos terão validade de 30 dias, e quando solicitado pelo médico pode ser fornecido quantidade para o máximo de 60 dias de tratamento, e a dispensação somente com documento de identidade do paciente ou da pessoa que for retirar o medicamento, de acordo com RDC N° 344/98;
- No caso de medicamentos prescritos “**se necessário**”, “**se dor**” e “**se febre**”, como, por exemplo, dipirona gotas e ibuprofeno 600mg, e não havendo a especificação na prescrição do tempo de tratamento, são fornecidos, respectivamente, 01 (um) frasco e 10 (dez) comprimidos.
- Receitas de Antibióticos terão validade de 10 dias e tem que estar em duas vias, conforme RDC N° 20/2011.

Todo paciente tem direito de receber informações sobre o uso da medicação de forma clara detalhada, individualmente em local privado, a fim de não causar constrangimentos.

É indispensável a prescrição do medicamento ocorrer pela D.C.B. (denominação comum brasileira) ou pelo nome do medicamento genérico, em cumprimento ao Decreto Lei

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataísia Eliodorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	Revisar em: Julho/2024



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

793/93-MS e Lei 8666/93.

XII - DISPOSIÇÕES FINAIS

- Fica padronizado que quando houver a prescrição de 01 (uma) caixa deve-se dispensar a quantidade existente na caixa, não podendo ultrapassar a 30 comprimido/cápsulas.
- A responsabilidade pelo fornecimento de receituário e demais impressos é da unidade de saúde que está prestando o atendimento.
- A REMUME deverá ser revisada anualmente de acordo com critérios epidemiológicos, eficácia terapêutica, disponibilidade do produto e de série histórica de dispensação.
- Portaria Nº 017 de 14 de fevereiro de 2023 NOMEAÇÃO DA COMISSÃO.

Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus.

II - INSUMOS:

- a) seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina;
- b) tiras reagentes de medida de glicemia capilar; e
- c) lancetas para punção digital.

Art. 2º Os insumos do inciso II do artigo 1º devem ser disponibilizados aos usuários do SUS, portadores de diabetes mellitus insulino-dependentes e que estejam cadastrados no cartão SUS e/ou no Programa de Hipertensão e Diabetes – Hiperdia.

XIII - PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Na padronização foram descritos os medicamentos da Atenção Primária de Saúde e Hospital Municipal Drº Pedro Granjeiro Xavier. A lista de medicamentos padronizados conforme Classificação Terapêutica.

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Colorado do Oeste - RO

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataísia Eliodorio Zamlian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Revisar em: Julho/2024
	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	



CLASSIFICAÇÃO TERAPÊUTICA

I - MEDICAMENTOS ATENÇÃO BÁSICA

1. ANALGÉSICO, ANTIPIRÉTICO, ANTI-INFLAMATÓRIO.

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ACIDO ACETILSALICÍLICO	COMPRIMIDO 100MG
DICLOFENACO DE SÓDIO	COMPRIMIDO 50 MG
DIPIRONA SÓDICA	SOLUÇÃO ORAL 500MG/ML
DIPIRONA SÓDICA	COMPRIMIDO 500MG
IBUPROFENO	COMPRIMIDO 300 MG
IBUPROFENO	COMPRIMIDO 600 MG
IBUPROFENO	SUSPENSÃO ORAL FRASCO 50 MG/ML
PARACETAMOL	SOLUÇÃO ORAL 200MG/ML
PARACETAMOL	COMPRIMIDO 750 MG

2. ANTI-HIPERTENSIVO / ANTIARRÍTMICO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
CARVEDILOL	COMPRIMIDO 3,125 MG
CARVEDILOL	COMPRIMIDO 6,25 MG
CARVEDILOL	COMPRIMIDO 12,5 MG
CARVEDILOL	COMPRIMIDO 25 MG
METILDOPA	COMPRIMIDO 250 MG
METILDOPA	COMPRIMIDO 500 MG
PROPRANOLOL	COMPRIMIDO 40MG

3. ANTIANGINOSO / ANTI-HIPERTENSIVO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ATENOLOL	COMPRIMIDO 25 MG
ATENOLOL	COMPRIMIDO 50 MG

4. BRONCOPULMONARES

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
CLORIDRATO DE AMBROXOL	15MG/ML XAROPE
CLORIDRATO DE AMBROXOL	30MG/ML XAROPE
ACETILCISTEÍNA	20MG/ML XAROPE
ACETILCISTEÍNA	40MG/ML XAROPE

5. ANTIANGINOSO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ISOSSORBIDA MONONITRATO	COMPRIMIDO 20 MG
ISOSSORBIDA DINITRATO	SUBLINGUAL COMPRIMIDO 5 MG

6. ANTI-HIPERTENSIVO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ANLODIPINO	COMPRIMIDO 5 MG
ANLODIPINO	COMPRIMIDO 10 MG

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataisla Elio Dorio Zamlian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023 Revisar em: Julho/2024



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

CAPTOPRIL	COMPRIMIDO 25MG
ENALAPRIL	COMPRIMIDO 10 MG
ENALAPRIL	COMPRIMIDO 20 MG
LOSARTANA POTÁSSICA	COMPRIMIDO 50 MG
METOPROLOL SUCCINATO	COMPRIMIDO 25 MG
METOPROLOL SUCCINATO	COMPRIMIDO 50 MG
METOPROLOL SUCCINATO	COMPRIMIDO 100MG
NIFEDIPINO	COMPRIMIDO 10 MG
NIFEDIPINO	COMPRIMIDO 20 MG

7. ANTIARRÍTMICO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
AMIODARONA	COMPRIMIDO 100 MG
AMIODARONA	COMPRIMIDO 200 MG

8. ANTI-INFLAMATÓRIO HORMONAL

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
DEXAMETASONA	FRASCO - 0,1MG/ML ELIXIR
DEXAMETASONA	COMPRIMIDO 4 MG
PREDNISONA	COMPRIMIDO 5 MG
PREDNISONA	COMPRIMIDO 20 MG
PREDNISOLONA FOSFATO SÓDICO	SOLUÇÃO ORAL 1MG/ML
PREDNISOLONA FOSFATO SÓDICO	SOLUÇÃO ORAL 3MG/ML

9. ANSIOLÍTICO, HIPNÓTICO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ALPRAZOLAM	COMPRIMIDO 0,25 MG
ALPRAZOLAM	COMPRIMIDO 0,5 MG
ALPRAZOLAM	COMPRIMIDO 1 MG
ALPRAZOLAM	COMPRIMIDO 2 MG

10. ANTIDEPRESSIVOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
AMITRIPTILINA	COMPRIMIDO 25 MG
AMITRIPTILINA	COMPRIMIDO 75 MG
CARBONATO DE LITIO	COMPRIMIDO 300 MG
CLOMIPRAMINA	COMPRIMIDO 25MG
CLOMIPRAMINA	COMPRIMIDO 75MG
FLUOXETINA	CÁPSULA 20 MG
NORTRIPTILINA	COMPRIMIDO 25 MG
NORTRIPTILINA	COMPRIMIDO 50 MG
NORTRIPTILINA	COMPRIMIDO 75 MG
SERTRALINA	COMPRIMIDO 50 MG

11. ANTIMICROBIANO / PENICILINA

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
----------------------	--------------

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataisla Elio Dorio Zamlian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	Revisar em: Julho/2024



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

AMOXICILINA	CÁPSULA 500 MG
AMOXICILINA	SUSPENSÃO ORAL 50 MG/ML
AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO	COMPRIMIDO 500MG + 125 MG
AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO	SUSPENSÃO ORAL 50MG + 12,5MG/ML

12. CEFALOSPORINAS/ ANTIMICROBIANO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
CEFALEXINA	COMPRIMIDO 500 MG
CEFALEXINA	SUSPENSÃO ORAL 50MG/ML
CEFTRIAXONA	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 500MG

13. ANTICONVULSIVANTES

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
CARBAMAZEPINA	COMPRIMIDO 200 MG
CARBAMAZEPINA	COMPRIMIDO 400 MG
CARBAMAZEPINA	SUSPENSÃO ORAL FRASCO 2%
CLONAZEPAM	COMPRIMIDO 2 MG
CLONAZEPAM	SOLUÇÃO ORAL FRASCO 2,5MG/ML
FENITOÍNA	COMPRIMIDO 100 MG
FENITOÍNA	SUSPENSÃO ORAL 20MG/ML
FENOBARBITAL	COMPRIMIDO 100 MG
FENOBARBITAL	SOLUÇÃO ORAL FRASCO 40 MG/ML
OXCARBAMAZEPINA	SUSPENÇÃO ORAL 6% 100 ML
VALPROATO DE SÓDIO	XAROPE FRASCO 250 MG/5ML
VALPROATO DE SÓDIO	COMPRIMIDO 250 MG
VALPROATO DE SÓDIO	COMPRIMIDO 500 MG

14. ANTIALÉRGICOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
PROMETAZINA	COMPRIMIDO 25 MG
LORATADINA	COMPRIMIDO 10MG
LORATADINA	XAROPE 1MG/ML

15. ANTIMICROBIANO MACROLÍDEO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
AZITROMICINA	COMPRIMIDO 500 MG
AZITROMICINA	SUSPENSÃO ORAL FRASCO 40 MG/ML
CLARITROMICINA	CÁPSULA 500 MG

16. ANTIMICROBIANOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
CIPROFLOXACINO	COMPRIMIDO 500 MG
NITROFURANTOÍNA	COMPRIMIDO 100MG
RIFAMPICINA	CÁPSULA 300MG

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataisla Elio Dorio Zamlian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	Revisar em: Julho/2024



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

17. ANTIPARASITÁRIO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ALBENDAZOL	COMPRIMIDO 400 MG
ALBENDAZOL	SUSPENSÃO ORAL 40 MG/ML
IVERMECTINA	COMPRIMIDO 6 MG
METRONIDAZOL	COMPRIMIDO 250 MG
METRONIDAZOL	COMPRIMIDO 400MG
METRONIDAZOL	SUSPENSÃO ORAL 40 MG/ML
PERMETRINA	LOÇÃO 50MG/G (5%)

18. SULFAS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA (SULFONAMIDAS)	COMPRIMIDO 400 MG + 80 MG
SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA (SULFONAMIDAS)	SUSPENSÃO ORAL FRASCO 40 MG + 8MG/ML

19. REDUTOR DA ACIDEZ GASTRICA

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
OMEPRAZOL	CÁPSULA 20 MG
OMEPRAZOL	CÁPSULA 40 MG

20. ANTIFUNGICO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
FLUCONAZOL	CÁPSULA 150 MG
ITRACONAZOL (CASOS ESPECIAIS) PROGRAMAS	CÁPSULA 100 MG

21. ANTIFUNGICO TOPICO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
CETOCONAZOL	CREME 2% DERMATOLOGICO TUBO 30 G
CETOCONAZOL	XAMPУ 20MG/G (2%)
COLAGENASE + CLORANFENICOL	POMADA 0,6UI/10MG/G BISNAGA 30G
DEXAMETASONA	TÓPICO CREME TUBO 0,1%
METRONIDAZOL	GELÉIA VAGINAL TUBO GEL 10%
MICONAZOL	CREME VAGINAL 2% TUBO 50 G
NISTATINA	100.000 UI/ML SUSPENSÃO ORAL
NISTATINA	25.000UI CREME VAGINAL

22. ANTIVIRAL

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ACICLOVIR	COMPRIMIDO 200MG
ACICLOVIR	CREME 50MG/G (5%)

23. ANTIBACTERIANO TÓPICO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
----------------------	--------------

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataísia Eliodorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023 Revisar em: Julho/2024



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

NEOMICINA + BACITRACINA	5MG/G + 250UI/G BISNAGA 10 G
SULFADIAZINA DE PRATA	CREME 10MG/G (1%)

24. VITAMINAS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ÁCIDO FÓLICO	COMPRIMIDO 5 MG
SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL	PÓ PARA SOLUÇÃO ORAL
SULFATO FERROSO	COMPRIMIDO 40 MG
SULFATO FERROSO	COMPRIMIDO 60 MG
SULFATO FERROSO	FRASCO 25 MG/ML GOTAS
TIAMINA	COMPRIMIDO 300MG
ZINCO, SULFATO	4MG/ML XAROPE
COMPLEXO B	COMPRIMIDO

25. VITAMINAS E SUPLEMENTOS MINERAIS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
CARBONATO DE CÁLCIO	COMPRIMIDO 1250 MG
CARBONATO DE CÁLCIO + COLECALCIFEROL	COMPRIMIDO 500MG+200UI

26. ANTIPARKINSONIANO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
BIPERIDENO	COMPRIMIDO 2 MG
LEVODOPA + CLORIDRATO DE BENZERAZIDA	COMPRIMIDO 100MG + 25 MG
LEVODOPA + CLORIDRATO DE BENZERAZIDA	COMPRIMIDO 200MG + 50 MG

27. NEUROLÉPTICO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
CLORPROMAZINA	COMPRIMIDO 25 MG
CLORPROMAZINA	COMPRIMIDO 100 MG
HALOPERIDOL	COMPRIMIDO 1 MG
HALOPERIDOL	COMPRIMIDO 5 MG
HALOPERIDOL	SOLUÇÃO ORAL FRASCO 2 MG/ML

28. ANSIOLÍTICO, HIPNÓTICO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
DIAZEPAM	COMPRIMIDO 5 MG
DIAZEPAM	COMPRIMIDO 10 MG

29. ESTIMULANTE CARDÍACO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
DIGOXINA	COMPRIMIDO 0,25MG

30. DIURÉTICOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
----------------------	--------------

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataisla Elioídorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	Revisar em: Julho/2024



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

ESPIRONOLACTONA	COMPRIMIDO 25MG
ESPIRONOLACTONA	COMPRIMIDO 100 MG
FUROSEMIDA	COMPRIMIDO 40MG
HIDROCLOROTIAZIDA	COMPRIMIDO 25 MG

31. HIPOLIPIDÊMICO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
SINVASTATINA	COMPRIMIDO 20 MG
SINVASTATINA	COMPRIMIDO 40 MG
ROSUVASTATINA CÁLCICA	CÁPSULA 10 MG
ROSUVASTATINA CÁLCICA	CÁPSULA 20 MG

32. ANTICOAGULANTE

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
VARFARINA SÓDICA	COMPRIMIDO 5MG

33. HORMÔNIO TIREOIDEANO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
LEVOTIROXINA SÓDICA	COMPRIMIDO 25 MCG
LEVOTIROXINA SÓDICA	COMPRIMIDO 50 MCG
LEVOTIROXINA SÓDICA	COMPRIMIDO 75 MCG
LEVOTIROXINA SÓDICA	COMPRIMIDO 100 MCG

34. HIPOGLICEMIANTE

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
GLIBENCLAMIDA	COMPRIMIDO 5 MG
METFORMINA	COMPRIMIDO 500 MG
METFORMINA	COMPRIMIDO 850 MG
GLICAZIDA	COMPRIMIDO 30MG
GLICAZIDA	COMPRIMIDO 60MG

35. ANALGÉSICO NARCÓTICO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
TRAMADOL	COMPRIMIDO 50 MG

36. ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
CLOPIDOGREL	COMPRIMIDO 75 MG

37. ANTÍDOTO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
FOLINATO DE CÁLCIO	COMPRIMIDO 15 MG

38. ANESTÉSICO LOCAL

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA GELEIA 2%	BISNAGA 30G.

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataisla Elio Dorio Zamlian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	Revisar em: Julho/2024



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

39. ANTIEMÉTICO, PROCINÉTICO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ONDANSETRONA	COMPRIMIDO 4 MG
METOCLOPRAMIDA	COMPRIMIDO 10MG
METOCLOPRAMIDA	SOLUÇÃO ORAL 4MG/ML

40. ANTIGOTOSO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ALOPURINOL	COMPRIMIDO 100 MG
ALOPURINOL	COMPRIMIDO 300 MG

41. INSUMOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
LANCETA PARA PUNÇÃO DIGITAL	
SERINGAS COM AGULHA ACOPLADA PARA AP利CAÇÃO DE INSULINA	1 ML C/ AGULHA 13 X 4,5
TIRAS REAGENTES DE MEDIDA DE GLICEMIA CAPILAR	
FRALDA GERIÁTRICA	TAMANHO P
FRALDA GERIÁTRICA	TAMANHO M
FRALDA GERIÁTRICA	TAMANHO G
FRALDA GERIÁTRICA	TAMANHO EG
FRALDA PEDIÁTRICA	TAMANHO P
FRALDA PEDIÁTRICA	TAMANHO M
FRALDA PEDIÁTRICA	TAMANHO G
FRALDA PEDIÁTRICA	TAMANHO EG

42. EMOLIENTES, HIDRANTES E OUTROS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ÓLEO MINERAL 100%	USO ORAL FRASCO 100 ML
ÓLEO GIRASSOL + VITAMINA A + VITAMINA D	FRASCO 100 ML
LACTULOSE 667MG/ML	XAROPE 667MG/ML

43. BIFOSFONATOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ALENDRONATO DE SÓDIO	COMPRIMIDO 70MG

44. ANTIASMATICOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
BROMETO DE IPRATRÓPIO	SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO 0,25MG/ML
BUDESONIDA	SUSPENSÃO PARA INALAÇÃO 32 MCG
SALBUTAMOL SULFATO	100MCG/DOSE AEROSSOL ORAL

45. HORMONAL

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
FINASTERIDA	COMPRIMIDO 5MG
DOXAZOSINA	COMPRIMIDO 2MG

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataisla Elio Dorio Zamlian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023 Revisar em: Julho/2024
---	---	---



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ISOFLAVONA DE SOJA (GLYCINE MAX)	CÁPSULA 50 A 120 MG DE ISOFLAVONAS
----------------------------------	------------------------------------

II - MEDICAMENTOS PARA USO HOSPITALAR

1. ANALGÉSICO E ANTIPIRÉTICO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
DIPIRONA SÓDICA 500 MG	COMPRIMIDO
DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML SOL. ORAL	FRASCO
DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML SOL. INJ. EV, AMP 2 ML	AMPOLA
IBUPROFENO 50 MG/ML SOL. ORAL	FRASCO
PARACETAMOL 200 MG/ML SOL. ORAL	FRASCO
PARACETAMOL 750 MG	COMPRIMIDO

2. ANTIINFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDAIAS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
CETOPROFENO 50MG/ML SOL. INJ. EV/IM, AMP 2ML	FRASCO AMPOLA
DICLOFENACO SÓDICO 25MG/ML SOL. INJ. IM, AMP. 3ML	AMPOLA
TENOXICAM 20MG/2ML SOL. INJ. EV/IM	FRASCO AMPOLA
TENOXICAM 40MG/2ML, SOL. INJ. EV/IM	FRASCO AMPOLA

3. ANTIINFLAMATÓRIOS ESTEROIDAIAS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
BETAMETASONA ACETATO 3MG/ML + FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA 3MG/ML. SOL. INJ.	AMPOLA
DEXAMETASONA, FOSFATO DISSÓDICO 4MG/ML. SOL. INJ. EV/IM, AMP. 2,5ML	AMPOLA
DEXAMETASONA, ACETATO 1MG/G. USO DERMATOLÓGICO	BISNAGA
HIDROCORTISONA, SUCCINATO SÓDICO 100 MG. SOL. INJ. EV/IM	FRASCO AMPOLA
HIDROCORTISONA, SUCCINATO SÓDICO 500 MG. SOL. INJ. EV/IM	FRASCO AMPOLA
METILPREDINISOLONA, SUCCINATO SÓDICO 125 MG. SOL. INJ. EV/IM	FRASCO AMPOLA
METILPREDINISOLONA, SUCCINATO SÓDICO 500 MG. SOL. INJ. EV/IM	FRASCO AMPOLA
PREDNISOLONA, FOSFATO SÓDICO 3MG/ML, SOL. ORAL, USO ADULTO E INFANTIL	FRASCO

4. ANTIESPAMÓDICOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 20MG/ML. SOL. INJ. EV/IM/SC, AMP. 1ML	AMPOLA
BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA.	AMPOLA

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataisla Elio Dorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Revisar em: Julho/2024
	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

4MG+500MG. SOL.INJ. EV/IM. AMP 5ML	
------------------------------------	--

5. REDUTOR DA ACIDEZ GÁSTRICA E ANTI-ULCEROSOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
CIMETIDINA 150MG/ML. SOL.INJ. EV/IM, AMP 2ML	AMPOLA
OMEPRAZOL SÓDICO 40 MG. SOL. INJ. EV	FRASCO AMPOLA
PANTOPRAZOL SÓDICO SESQUI-HIDRATADO. SOL. INJ. EV 40MG	FRASCO AMPOLA

6. ANTIEMÉTICOS, PROCINÉTICOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
BROMOPRIDA 10MG/2ML. SOL. INJ. EV/IM, AMP 2 ML	AMPOLA
BROMOPRIDA 4MG/ML. SOLUÇÃO ORAL	FRASCO
DIMENIDRATO 50 MG/ML + CLORIDRATO DE PIRIDOXINA 50 MG/ML, SOL. INJ. IM	AMPOLA
DIMENIDRATO 3MG/ML + CLORIDRATO DE PIRIDOXINA 5 MG/ML + GLICOSE 100MG/ML + FRUTOSE 100MG/ML, SOL. INJ. EV	AMPOLA
METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 10MG/2ML, SOL. INJ. AMP 2ML	AMPOLA
ONDASENTRONA 2MG/ML, SOL. INJ. EV/IM	AMPOLA

7. LAXANTES

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
FOSFATO DE SÓDIO MONOBÁSICO 160MG/ML + FOSFATO DE SÓDIO DIBÁSICO 60 MG/ML. USO RETAL.	FRASCO
LACTULOSE 667MG/ML. SOL. ORAL	FRASCO
ÓLEO MINERAL 100%. SOL. ORAL	FRASCO

8. ANTIDIARRÉICO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
SACCHAROMYCES CEREVISIAE 100 MILHÕES/ML. SOL.ORAL. 5ML	FLACONETE

9. DIURÉTICOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ESPIRONOLACTONA 25MG	COMPRIMIDO
ESPIRONOLACTONA 50MG	COMPRIMIDO
FUROSEMIDA 10MG/ML. SOL. INJ. EV/IM, AMP 2ML	AMPOLA
FUROSEMIDA 40 MG	COMPRIMIDO
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG	COMPRIMIDO
MANITOL 20% - 200MG/ML. EV, FRASCO 250 ML, SISTEMA FECHADO	FRASCO/BOLSA

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataisla Eliodorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Revisar em: Julho/2024
	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

10. POLIVITAMÍNICOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ÁCIDO ASCÓRBICO 100MG/ML. SOL. INJ. EV/IM, AMP 5 ML	AMPOLA
COMPLEXO B. SOL. INJ. EV/IM, AMP. 2ML	AMPOLA

11. SUPLEMENTO MINERAL

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO 20MG/ML. SOL.INJ. EV, AMP 5 ML	AMPOLA

12. VASODILATADOR CEREBRAL

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
CINARIZINA COMPRIMIDO 75MG	COMPRIMIDO

13. ESTIMULANTE UTERINO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
METILERGOMETRINA, MALEATO 0,2MG/ML. SOL. INJ. EV/IM/SC	AMPOLA
OCITOCINA 5UI/ML. SOL. INJ	AMPOLA
MISOPROSTOL 25 MCG. COMPRIMIDO, USO VAGINAL	COMPRIMIDO
MISOPROSTOL 200 MCG. COMPRIMIDO, USO VAGINAL	COMPRIMIDO

14. PREVENÇÃO DE PARTO PREMATURO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ISOXSUPRINA, CLORIDRATO 10 MG/2ML. SOL. INJ. EV/IM	AMPOLA

15. ANTIFLATULANTE

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
SIMETICONA 75MG/ML. SOL.ORAL. GOTAS	FRASCO

16. BRONCODILATADOR, EXPECTORANTE, MUCOLÍTICO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ACEBROFILINA 5MG/ML, SOL. ORAL, USO INFANTIL	FRASCO
ACEBROFILINA 10MG/ML, SOL. ORAL, USO ADULTO	FRASCO
ACETILCISTEÍNA 100MG/ML. SOL. INJ. EV/INALATÓRIO. AMP 3 ML	AMPOLA
ACETILCISTEÍNA 40MG/ML, SOL. ORAL, USO ADULTO	FRASCO
ACETILCISTEÍNA 20MG/ML, SOL. ORAL, USO INFANTIL	FRASCO
AMBROXOL, CLORIDRATO 15MG/5ML, SOL. ORAL, USO INFANTIL	FRASCO
AMBROXOL, CLORIDRATO 30MG/5ML, SOL. ORAL, USO ADULTO	FRASCO

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataísia Eliodorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Revisar em: Julho/2024
	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	

17. ANTIASMÁTICOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
AMINOFILINA 24MG/ML. SOL. INJ. EV, AMP 10ML	AMPOLA
IPRATRÓPIO MONOIDRATADO, BROMETO 0,25 MG/ML. SOL. P/ INALAÇÃO, USO ADULTO E INFANTIL	FRASCO
SALBUTAMOL, SULFATO 100 MCG/DOSE. AEROSSOL, USO ADULTO E INFANTIL	FRASCO
SALBUTAMOL, SULFATO 2,4MG/5ML. SOL. ORAL, USO ADULTO E INFANTIL	FRASCO
TERBUTALINA, SULFATO 0,5 MG/ML. SOL. INJ. EV/SC	AMPOLA

18. ANTI-HISTAMÍNICO E ANTIALÉRGICO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO 2MG/5ML. SOL. ORAL, USO ADULTO E INFANTIL	FRASCO
LORATADINA, CLORIDRATO 1MG/ML. SOL. ORAL, USO ADULTO E INFANTIL	FRASCO
PROMETAZINA, CLORIDRATO 25MG/ML. SOL. INJ. IM, AMP. 2 ML	AMPOLA

19. ANTIAGREGANTES PLAQUETÁRIOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100MG	COMPRIMIDO
CLOPIDOGREL 75MG	COMPRIMIDO

20. ANTIAGINOSOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ISOSSORBIDA, DINITRATO 5MG. COMPRIMIDO SL	COMPRIMIDO SL
ISOSSORBIDA, DINITRATO 10 MG COMPRIMIDO SL	COMPRIMIDO SL
NITROGLICERINA 25MG/ML. SOL. INJ. EV	AMPOLA

21. VASOATIVOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
DOBUTAMINA, CLORIDRATO 12,5MG/ML. SOL. INJ. EV. AMP. 20ML	AMPOLA
DOPAMINA, CLORIDRATO 5MG/ML. SOL. INJ. EV, AMP. 10ML	AMPOLA
EPINEFRINA 1MG/ML SOL. INJ. EV/IM/SC, AMP 1 ML	AMPOLA
NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO 2MG/ML. SOL. INJ. EV	AMPOLA
METARAMINOL, BITARTARATO 10MG/ML. SOL. INJ. EV	AMPOLA

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataisla Elio Dorio Zamlian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	Revisar em: Julho/2024



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

22. VASOCONSTRITOR

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ETILEFRINA, CLORIDRATO 10 MG/ML. SOL. INJ. EV/IM/SC, AMP. 1ML	AMPOLA

23. ANTIARRÍTIMICOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ADENOSINA 3MG/ML, SOL. INJ. EV. AMP 2ML	AMPOLA
AMIODARONA, CLORIDRATO 50 MG/ML. SOL. INJ. EV	AMPOLA
CARVEDILOL 25MG	COMPRIMIDO
PROPRANOLOL, CLORIDRATO 40MG	COMPRIMIDO
VERAPAMIL, CLORIDRATO 5MG/2ML. SOL. INJ. EV	AMPOLA

24. GLICOSÍDEO CARDÍACO E CARDIOTÔNICO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
DESLANOSIDEO 0,2MG/ML. SOL.INJ. EV/IM, AMP 2ML	AMPOLA

25. ANTI-HIPERTENSIVOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ANLODIPINO 5MG	COMPRIMIDO
ATENOLOL 25MG	COMPRIMIDO
CAPTOPRIL 25 MG	COMPRIMIDO
CAPTOPRIL 50 MG	COMPRIMIDO
ENALAPRIL, MALEATO 10MG	COMPRIMIDO
HIDRALAZINA, CLORIDRATO 20MG/ML. SOL. INJ. EV/IM	AMPOLA
LOSARTANA POTÁSSICA 25MG	COMPRIMIDO
LOSARTANA POTÁSSICA 50MG	COMPRIMIDO
METILDOPA 250MG	COMPRIMIDO
METILDOPA 500MG	COMPRIMIDO
METOPROLOL, TARTARATO 5MG/5ML. SOL. INJ. E.V, AMP. 5ML	AMPOLA
NIFEDIPINO 10MG	COMPRIMIDO
NIFEDIPINO 20MG	COMPRIMIDO
NITROPRUSSETO DE SÓDIO 25MG/ML. SOL. INJ. EV, AMP 2ML	AMPOLA

26. ANTI-HEMORRÁGICOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ÁCIDO TRANEXÂMICO 50MG/ML SOL. INJ. EV, AMP. 5ML	AMPOLA
FITOMENADIONA 10 MG/ML SOL. INJ. I.M/SC, AMP. 1ML	AMPOLA

27. ANTICOAGULANTES

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataísia Eliodorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Revisar em: Julho/2024
	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ENOXAPARINA SOL. INJ. 20MG/0,20ML. EV/SC	SERINGA
ENOXAPARINA SOL. INJ. 40MG/0,40ML. EV/SC	SERINGA
ENOXAPARINA SOL. INJ. 60MG/0,60ML. EV/SC	SERINGA
ENOXAPARINA SOL. INJ. 80MG/0,80ML. EV/SC	SERINGA
HEPARINA SÓDICA 5.000 UI/ML. SOL. INJ. EV/SC	AMPOLA
HEPARINA SÓDICA 5.000 UI/0,25 ML. SOL. INJ. SC	AMPOLA

28. ANTIMICROBIANOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
AMICACINA, SULFATO 100 MG/2ML. SOL. INJ. EV/IM	AMPOLA
AMICACINA, SULFATO 500 MG/2ML. SOL. INJ. EV/IM	AMPOLA
AMPICILINA SÓDICA 500 MG. PÓ LIOFILIZADO P/ SOL. INJ. EV/IM	FRASCO AMPOLA
AMPICILINA SÓDICA 1000 MG. PÓ LIOFILIZADO P/ SOL. INJ. EV/IM	FRASCO AMPOLA
AMOXICILINA 1G +CLAVULANATO 200 MG. PÓ LIOFILIZADO P/ SOL. INJ. EV	FRASCO AMPOLA
AZITROMICINA 500 MG. PÓ LIOFILIZADO P/ SOL. INJ. EV	FRASCO AMPOLA
AZITROMICINA 500 MG	COMPRIMIDO
BENZILPENICILINA BENZATINA 600.000 UI. PÓ LIOFILIZADO P/ SOL. INJ. IM	FRASCO AMPOLA
BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI. PÓ LIOFILIZADO P/ SOL. INJ. IM	FRASCO AMPOLA
BENZILPENICILINA BENZATINA 50.000.000 UI. PÓ LIOFILIZADO P/ SOL. INJ. EV/IM	FRASCO AMPOLA
CEFALEXINA 500 MG	COMPRIMIDO
CEFALOTINA SÓDICA 1000 MG. PÓ LIOFILIZADO P/ SOL. INJ. EV/IM	FRASCO AMPOLA
CEFTRIAXONA 500 MG. PÓ LIOFILIZADO P/ SOL. INJ. IM	FRASCO AMPOLA
CEFTRIAXONA 1000 MG. PÓ LIOFILIZADO P/ SOL. INJ. EV/IM	FRASCO AMPOLA
CLINDAMICINA 150MG/4ML. SOL. INJ. EV/IM, AMP 4 ML	AMPOLA
CLORANFENICOL, SUCCINATO SÓDICO 1000 MG. PÓ LIOFILIZADO P/ SOL. INJ. EV	FRASCO AMPOLA
CIPROFLOXACINO 200MG/100ML. SOL. INJ. BOLSA 100 ML. EV	FRASCO/BOLSA
CIPROFLOXACINO 400MG/200 ML. SOL. INJ. BOLSA 200ML. EV	FRASCO/BOLSA
GENTAMICINA, SULFATO 40MG/ML. SOL. INJ. AMP 1ML. EV/IM	AMPOLA
GENTAMICINA, SULFATO 80 MG/2ML. SOL. INJ. AMP 2ML. EV/IM	AMPOLA
LEVOFLOXACINO 5MG/ML. SOL. INJ. BOLSA 100ML. EV	FRASCO/BOLSA
METRONIDAZOL 5MG/ML. SOL. INJ. BOLSA 100ML. EV	FRASCO/BOLSA
OXACILINA SÓDICA 500 MG. PÓ LIOFILIZADO P/ SOL. INJ.	FRASCO AMPOLA

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataisla Elio dorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	Revisar em: Julho/2024



 PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

EV/IM	
SULFAMETOXAZOL 400 MG + TRIMEPTOPRIMA 80 MG. SOL. INJ. EV. AMP. 5 ML	AMPOLA

29. ANTIMICROBIANOS TÓPICOS E CICATRIZANTES

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
COLAGENASE 0,6 U/G + CLORANFENICOL 0,01G/G. BISNAGA 30G. USO DERMATOLÓGICO	BISNAGA
DESOXIRRIBONUCLEASE 666 U/G + FIBRINOLISINA 1 U/G + CLORANFENICOL 0,01G/G. BISNAGA 30G. USO DERMATOLÓGICO	BISNAGA
SULFADIAZINA DE PRATA POMADA 1% BISNAGA 30G, USO DERMATOLÓGICO	BISNAGA
SULFADIAZINA DE PRATA POMADA 1% 400G, USO DERMATOLÓGICO	POTE

30. ANTIFÚNGICO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
FLUCONAZOL 2 MG/ML. SOL. INJ. BOLSA 100ML. EV	FRASCO/BOLSA

31. ANTIVIRAL

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ACICLOVIR 250MG PÓ LIOFILIZADO P/ SOL. INJ. EV	FRASCO AMPOLA

32. ANTISSÉPTICOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
CLOREXIDINA, DIGLICONATO 2%. SOLUÇÃO COM TENSOATIVO. TÓPICO, USO EXTERNO	FRASCO
CLOREXIDINA, DIGLICONATO 0,5%. SOLUÇÃO ALCOÓLICA. TÓPICO, USO EXTERNO	FRASCO
ÁCIDO PERACÉTICO 0,2%. SOLUÇÃO DE USO EXTERNO	FRASCO
IODOPOVIDONA. SOLUÇÃO TÓPICA. USO EXTERNO	FRASCO

33. EMOLIENTES E HIDRATANTES

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ÓLEO GIRASSOL + VITAMINA A + VITAMINA D. LOÇÃO OLEOSA	FRASCO
PAPAÍNA 10 % GEL. USO TÓPICO	BISNAGA
HIDROGEL COM ALGINATO. GEL, USO TÓPICO	BISNAGA
VASELINA SÓLIDA. POMADA, USO TÓPICO	BISNAGA/POTE

34. IMUNOTERÁPICO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-RHO (D) 300MCG/2ML. SOL.INJ. EV/IM	SERINGA

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataísla Eliodorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	Revisar em: Julho/2024

35. NEUROLÉPTICOS E ANTIPSICÓTICOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
CLORPROMAZINA 25MG/5ML. SOL. INJ. IM, AMP 5ML	AMPOLA
HALOPERIDOL 5MG/ML. SOL. INJ. IM, AMP. 1ML	AMPOLA
HALOPERIDOL, DECANATO 70,52 MG/ML. SOL. INJ. IM, AMP. 1ML	AMPOLA

36. BENZODIAZEPINICOS, ANSIOLÍTICOS E ANTIPSICÓTICOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
DIAZEPAM 10MG/2ML. SOL. INJ. EV/IM. AMP 2ML	AMPOLA
DIAZEPAM 5 MG	COMPRIMIDO
MIDAZOLAM 50MG/10ML. SOL. INJ. EV/IM. AMP 10ML	AMPOLA
MIDAZOLAM 5MG/5ML. SOL. INJ. EV/IM. AMP 5ML	AMPOLA
MIDAZOLAM 15MG/3ML. SOL. INJ. EV/IM. AMP. 3ML	AMPOLA

37. ANTICONVULSIVANTES

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
FENITOÍNA 50MG/ML. SOL. INJ. EV/IM, AMP. 5ML	AMPOLA
FENOBARBITAL SÓDICO 100MG/ML. SOL. INJ. EV/IM, AMP. 2ML	AMPOLA
MAGNÉSIO, SULFATO 50%. SOL. INJ. EV/IM, AMP. 10ML	AMPOLA

38. ANALGÉSICOS E ANESTÉSICOS OPIÓIDES

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
PETIDINA, CLORIDRATO 50 MG/ML. SOL. INJ. EV/IM, AMP 2ML	AMPOLA
MORFINA, CLORIDRATO 0,2 MG/ML. SOL. INJ. EV, AMP 1 ML	AMPOLA
MORFINA, CLORIDRATO 10 MG/ML. SOL. INJ. EV/IM	AMPOLA
TRAMADOL, CLORIDRATO 50 MG/ML. SOL. INJ. EV/IM/SC. AMP 1 ML	AMPOLA
TRAMADOL, CLORIDRATO 100 MG/2ML. SOL. INJ. EV/IM/SC. AMP 2ML	AMPOLA
FENTANILA 50MCG/5ML. SOL. INJ. EV/IM, AMP. 5ML	AMPOLA
FENTANILA 50MCG/10ML. SOL. INJ. EV/IM, AMP. 10ML	AMPOLA

39. ANESTÉSICOS VENOSO NÃO OPIÓIDE

ETOMIDATO 20MG/10ML. SOL. INJ. EV. AMP 10ML	AMPOLA
PROPOFOL 10MG/ML. EMULSÃO INJETÁVEL. EV. AMP. 20ML	AMPOLA

40. ANESTÉSICOS LOCAIS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
LIDOCÁINA, CLORIDRATO COM EPINEFRINA 20MG/ML -	FRASCO AMPOLA

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataísla Eliodorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	Revisar em: Julho/2024



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

2%. SOL. INJ. F/A 20ML	
LIDOCAÍNA, CLORIDRATO SEM EPINEFRINA 20MG/ML –	FRASCO AMPOLA
2%. SOL. INJ. F/A 20ML	
LIDOCAÍNA, CLORIDRATO 20 MG/G. GELÉIA. USO TÓPICO	BISNAGA
LIDOCAÍNA 100MG/ML. SOLUÇÃO SPRAY 10%. USO TÓPICO	FRASCO

41. ANESTÉSICO OCULAR

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
CLORIDRATO DE TETRACAÍNA 1% + CLORIDRATO DE FENILEFRINA 0,1%. SOLUÇÃO OFTÁLMICA ESTÉRIL	FRASCO

42. ANTÍDOTOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ACETILCISTEÍNA 100MG/ML. SOL. INJ. EV/INALATÓRIO. AMP 3 ML	AMPOLA
ATROPINA, SULFATO 0,25MG/ML. SOL.INJ. EV/IM/SC. AMP 1 ML	AMPOLA
CARVÃO VEGETAL ATIVADO 250 MG	COMPRIMIDO
CARVÃO VEGETAL ATIVADO EM PÓ	PÓ
FLUMAZENIL 0,1 MG/ML. SOL. INJ. EV, AMP 5ML	AMPOLA
NALOXONA 0,4 MG/ML. SOL. INJ. EV/IM/SC. AMP 1ML	AMPOLA
PROTAMINA 1000 UI/ML. SOL. INJ. EV. AMP 5 ML	AMPOLA

43. SOLUÇÃO PARA INFUSÃO PARENTERAL

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ÁGUA P/ INJEÇÃO EV, AMP. 10 ML	AMPOLA
ÁGUA P/ INJEÇÃO EV, AMP. 500 ML	FRASCO
GLICOSE HIPERTÔNICA 25%. SOL. INJ. EV. AMP. 10 ML	AMPOLA
GLICOSE HIPERTÔNICA 50%. SOL. INJ. EV. AMP. 10 ML	AMPOLA

44. HIDROELETROLÍTICOS E VITAMINAS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
CLORETO DE SÓDIO 0,9%. SOL. INJ. EV, FRASCO 100 ML, SISTEMA FECHADO	FRASCO/BOLSA
CLORETO DE SÓDIO 0,9%. SOL. INJ. EV, FRASCO 250 ML, SISTEMA FECHADO	FRASCO/BOLSA
CLORETO DE SÓDIO 0,9%. SOL. INJ. EV, FRASCO 500 ML, SISTEMA FECHADO	FRASCO/BOLSA
CLORETO DE SÓDIO 0,9%. SOL. INJ. EV, FRASCO 1000 ML, SISTEMA FECHADO	FRASCO/BOLSA
SOLUÇÃO GLICOSE 5%. SOL. INJ. EV. FRASCO 250 ML, SISTEMA FECHADO	FRASCO/BOLSA
SOLUÇÃO GLICOSE 5%. SOL. INJ. EV. FRASCO 500 ML, SISTEMA FECHADO	FRASCO/BOLSA

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataisla Eliodorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Revisar em: Julho/2024
	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SOLUÇÃO GLICOFISIOLÓGICA. SOL. INJ. FRASCO 500ML, SISTEMA FECHADO	FRASCO/BOLSA
SOLUÇÃO RINGER COM LACTATO. SOL. INJ. FRASCO 250ML, SISTEMA FECHADO	FRASCO/BOLSA
SOLUÇÃO RINGER COM LACTATO. SOL. INJ. FRASCO 500ML, SISTEMA FECHADO	FRASCO/BOLSA
SOLUÇÃO RINGER COM LACTATO. SOL. INJ. FRASCO 1000ML, SISTEMA FECHADO	FRASCO/BOLSA
SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL	SACHÊ

45. REPOSITOR E SOLUÇÃO HIDROELETROLÍTICA

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4%. SOL. INJ. EV. AMP 10ML	AMPOLA
CLORETO DE POTÁSSIO 10%. SOL. INJ. EV. AMP 10ML	AMPOLA
CLORETO DE POTÁSSIO 19,1%. SOL. INJ. EV. AMP 10ML	AMPOLA
CLORETO DE SÓDIO 10%. SOL. INJ. EV. AMP 10ML	AMPOLA
CLORETO DE SÓDIO 20%. SOL. INJ. EV. AMP 10ML	AMPOLA
GLICONATO DE CÁLCIO 10%. SOL. INJ. EV. AMP 10ML	AMPOLA
MAGNÉSIO, SULFATO 10%. SOL. INJ. EV/IM. AMP 10ML	AMPOLA
MAGNÉSIO, SULFATO 50%. SOL. INJ. EV/IM. AMP 10ML	AMPOLA

46. HIPOGLICEMIANTES

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
GLIBENCLAMIDA 5 MG	COMPRIMIDO
METFORMINA 850 MG	COMPRIMIDO

47. ESTATINAS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ROSVASTATINA 20 MG	COMPRIMIDO
SINVASTATINA 40 MG	COMPRIMIDO

48. INSULINAS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
INSULINA HUMANA REGULAR 100 UI/ML. SUSP. INJ. SC/IM/EV	FRASCO AMPOLA
INSULINA HUMANA NPH 100 UI/ML. SUSP. INJ. SC	FRASCO AMPOLA

CENTRO CIRÚRGICO

49. ANALGÉSICOS OPIÓIDES

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
FENTANIL 78,5 MCG/ML AMP 2 ML SOL. INJ. EV/IM/INTRATECAL/EPIDURAL	AMPOLA
FENTANIL 78,5 MCG/ML AMP 5 ML SOL. INJ. EV/IM/INTRATECAL/EPIDURAL	AMPOLA
FENTANIL 78,5 MCG/ML AMP 10 ML SOL. INJ.	AMPOLA

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataisla Eliodorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Revisar em: Julho/2024
	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

EV/IM/INTRATECAL/EPIDURAL	
NALBUFINA, CLORIDRATO 10 MG/ML AMP. 1ML. SOL. INJ. EV/IM/SC	AMPOLA
REMIFENTANILA, CLORIDRATO. 2MG FR . SOL. INJ. EV	FRASCO AMPOLA

50. ANESTÉSICO GERAL

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
ALFENTANILA 0,544MG/ML AMP 10ML SOL. INJ. EV	AMPOLA
ATRACÚRIO, BESILATO. SOL. INJ. 10MG/ML 5 ML. EV	AMPOLA
CETAMINA, CLORIDRATO 50MG/ML FR AMP 10ML. SOL. INJ. EV/IM	FRASCO AMPOLA
DEXTROCETAMINA CLOR. 50MG/ML 2ML SOL. INJ, EV/IM	FRASCO AMPOLA
SEVOFLURANO 250ML. SOLUÇÃO INALATÓRIA	FRASCO
SULFENTANILA 50MCG/ML AMP 5 ML. SOL. INJ. EV/EPIDURAL	AMPOLA
TIOPENTAL SÓDICO 1 G. SOL. INJ. EV	FRASCO AMPOLA

51. ANESTÉSICO LOCAL

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
BUPIVACAÍNA+EPINEFRINA 0,50% 5MG/ML C/ 20ML . SOL. INJ. INFILTRAÇÃO LOCAL E PERINEURAL	FRASCO AMPOLA
BUPIVACAÍNA 0,5% S/ VASO 20ML . SOL. INJ. INTRATECAL, RAQUINESTESIA	FRASCO AMPOLA
BUPIVACAÍNA + EPINEFRINA 0,25% 2,5MG/ML C/ 20ML . SOL. INJ. INFILTRAÇÃO LOCAL E PERINEURAL	FRASCO AMPOLA
BUPIVACAÍNA+GLICOSE 8% 5MG/ML C/ 4ML . SOL. INJ. INTRATECAL, RAQUINESTESIA	AMPOLA
BUPIVACAÍNA 0,5% (5MG) C/ GLICOSE 2ML . SOL. INJ. INTRATECAL, RAQUINESTESIA	AMPOLA
LIDOCAINA 2% ISOBARICA 5ML . SOL. INJ. ESTÉRIL. EV/IM	AMPOLA
ROPIVACAÍNA, CLORIDRATO 10MG/ML C/ 20ML . SOL. INJ. INFILTRAÇÃO LOCAL	FRASCO AMPOLA
ROPIVACAÍNA, CLORIDRATO 7,5MG/ML C/ 20ML . SOL. INJ. INFILTRAÇÃO LOCAL	FRASCO AMPOLA

52. BLOQUEADOR NEUROMUSCULAR

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
CISATRACÚRIO, BESILATO. SOL. INJ. 2MG/ML. AMP. 10 ML EV	AMPOLA
PANCURÔNIO, BROMETO 2MG/ML 2ML AMP. SOL. INJ. EV	AMPOLA
ROCURONIO, BROMETO 10MG/ML 5ML. SOL. INJ. EV	FRASCO AMPOLA
SUCCINILCOLINA 100MG. SOL. INJ. – SUXAMETÔNIO, CLORETO. EV/IM	FRASCO AMPOLA
SUCCINILCOLINA 500MG. SOL. INJ.- SUXAMETÔNIO, CLORETO. EV/IM	FRASCO AMPOLA

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataisla Eliodorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	Revisar em: Julho/2024



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

53. RELAXANTE MUSCULAR/ TRATAMENTO DE HIPERTERMIA AGUDA

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
DANTROLENO SÓDICO. 20MG IV. SOL. INJ. EV	FRASCO AMPOLA

54. REVERSOR DE BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
SUGAMADEX SÓDICO 100MG/ML FR/AMP 2ML SOL. INJ. EV	AMPOLA

55. SEDATIVO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO SOL. INJ. 100MCG/2ML. AMP EV	FRASCO AMPOLA

56. VAGATÔNICOS/COLINÉRGICOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO
NEOSTIGMINA 0,5MG/ML AMP 1 ML. SOL. INJ. EV/IM/SC	AMPOLA

INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS NESTA REMUME

Considerando-se a multiplicidade de produtos disponibilizados no mercado pela indústria farmacêutica, a freqüência de novas descobertas na área de medicamentos e a existência de medicamentos pouco conhecidos; a seleção de medicamentos essenciais possibilita maior eficiência no gerenciamento dos serviços farmacêuticos, racionalização de custos e otimização dos recursos disponíveis, além de facilitar o estabelecimento de ações educativas de prescritores, dispensadores e usuários, possibilitando diminuição de erros. Uma lista de medicamentos essenciais é a chave para o uso racional de medicamentos.

Os critérios definidos nesta Relação se aplicam aos medicamentos registrados na Relação Nacional de Medicamento com eficácia, segurança e qualidade comprovadas cientificamente, que poderão ser indicados para integrar a Lista de Medicamentos Essenciais do Município. São eles:

- 1) Os medicamentos contidos na relação nacional de medicamentos essenciais (RENAME) e de medicamentos de acordo com o perfil epidemiológico do município;
- 2) Selecionar medicamentos com eficácia, terapêutica e segurança comprovadas propiciando maior resolutividade para os tratamentos implementados;
- 3) Eleger medicamentos com conveniência de uso, que permitam maior possibilidade de fracionamento e adequação às faixas etárias;
- 4) Dentre os medicamentos com mesma indicação, escolher aqueles de menor toxicidade;
- 5) Priorizar monofármacos. Combinações de mais de um fármaco são aceitáveis somente quando demonstram vantagem significativa em relação aos fármacos administrados separadamente;
- 6) Durante a seleção de medicamentos, considerar os agravos prevalentes na população assistida;
- 7) Padronizar os medicamentos pela designação genérica respeitando a Denominação

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataisla Eliodorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Revisar em: Julho/2024
	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Comum Brasileira;

8) Respeitando a qualidade, selecionar medicamentos cujo custo seja menor.

Desta forma a formulação e a implementação desta relação de medicamentos, revista e atualizada, deve resguardar e permitir que predominem as necessidades coletivas sobre os interesses mercadológicos e individuais, mediante a maior cobertura assistencial possível.

Elaborado por: Erianai Vieira Tavares / Jaiane Ataisla Eliodorio Zamlian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Revisar em: Julho/2024
	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

ANEXO I FORMULÁRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE TECNOLOGIAS
SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO OU SUBSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTOS
NA RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME - SMS)
() INCLUSÃO () EXCLUSÃO () SUBSTITUÇÃO

1- Nome genérico do medicamento: _____

2- Nomes comerciais: _____

3- Designar as formas farmacêuticas que você deseja que sejam incluídas/excluídas:

- () Comprimidos () Cápsula () Ampola () Susp. Oral () Solução Oral () Pomada () Creme
() Supositório

4- Indicações terapêuticas sugeridas:

Classe terapêutica (verificar ATC): _____

5- Em caso de inclusão indique:

Dose p/ Adulto: _____

Dose Pediátrica: _____

Duração do tratamento: _____

Razões terapêuticas para a inclusão, exclusão ou substituição do medicamento proposto:

6- Obs. No caso de existirem na REMUME alternativas para a mesma indicação terapêutica, justifique as vantagens da substituição.

7- Indique as contraindicações, precauções e toxicidade relacionadas com o uso do medicamento:

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataisla Eliođorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	Revisar em: Julho/2024
---	---	--	------------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

8- Em caso de exclusão indique que outros medicamentos existentes na REMUME podem substituí-lo e, em caso de inclusão, que outros medicamentos poderá substituir o que está sendo proposto e por qual motivo:

9- Listar e enviar cópias de três estudos conforme a melhor evidência científica disponível que fundamente a eficácia/efetividade do fármaco.

a)

(Autor principal, título do artigo, revista, vol. e pág., ano) b)

(Autor principal, título do artigo, revista, vol. e pág., ano) c)

Autor principal, título do artigo, revista, vol. e pág., ano)

10- Indique a que nível será utilizado este medicamento:

() Farmácia Básica Municipal () Hospital Drº Pedro Granjeiro Xavier () Outro:

Solicitante: _____

Cargo: _____

Instituição: _____

Fone de contato: _____

OBS: Apenas serão analisadas as propostas preenchidas integralmente e com dados suficientes para análise. Cada ficha deve corresponder a apenas um produto (princípio ativo). Nos casos de propostas de substituição, referir claramente o produto que se pretende ver substituído.

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataisla Elio dorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	Revisar em: Julho/2024
--	---	--	------------------------


PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

SOLICITAÇÃO

() Deferida

() Indeferida

Assinaturas dos Membros da Comissão Municipal de Medicamentos:

Justificativa da decisão:

Elaborado por: Erianai Vieira Tavares / Jaiane Ataisla Eliodorio Zamillian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	Revisar em: Julho/2024
	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

APÊNDICE I

MAPA PARA CONTROLE DIÁRIO DE TEMPERATURA DA GELADEIRA

MÊS	PERÍODO									
	MANHÃ					TARDE				
DIA	HORA	T(°C) max	T(°C)	T(°C) min	Rubrica	HORA	T(°C) max	T(°C)	T(°C) min	Rubrica
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										

Elaborado por: Erianai Vieira Tavares / Jaiane Ataisla Eliodorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela de Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023

Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica
Data: Julho/2023

Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023

Revisar em: Julho/2024



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLORADO DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

APENDICE II

DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS

Unidade de Saúde _____ Data ____ / ____ / ____
Coordenador/Responsável _____

1^a via – anexar no saco de lixo infectante para descarte

2^a via – encaminhar para a Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF

3^a via – arquivar na Unidade de Saúde

Elaborado por: Elianai Vieira Tavares / Jaiane Ataisla Eliodorio Zamilian / Larissa Lima Azevedo / Claudia Paulino da Silva / Rafaela Paula Rosa Menezes / Juliano Drumont Montenegro Caetano Veiga / Karen Talyta de Oliveira Pego / Matheus Platini de Souza / Larissa Teixeira Cavequeia Data: Julho/2023	Aprovado: Comissão de Farmácia Terapêutica Data: Julho/2023	
	Homologado: Conselho Municipal de Saúde - Data: 04/08/2023	Revisar em: Julho/2024