



**PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024**

PORTARIA Nº 133, DE 16 DE MAIO DE 2024

“ALTERA O ANEXO I DA PORTARIA Nº 130, DE 02 DE JUNHO DE 2022, QUE ATUALIZA A REMUME – RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS PARA O MUNICÍPIO DE ALTO GARÇAS/MT E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.”

O PREFEITO MUNICIPAL DE ALTO GARÇAS, Estado de Mato Grosso, no uso de suas atribuições legais exaradas no art. 71, incisos VI e X da Lei Orgânica do Município:

CONSIDERANDO, as vantagens de se trabalhar com uma lista de medicamentos essenciais atualizada, selecionados por critérios embasados em evidências científicas, entre elas a melhoria da qualidade de atenção à saúde, mais eficácia na gestão dos medicamentos e prescrições médicas com qualidade;

CONSIDERANDO a Portaria GAB n.º 33, de 01 de fevereiro de 2024, que “Altera a Portaria 110/2023 do Município de Alto Garças/MT, que “Dispõe sobre a nomeação de membros para compor a Comissão de Farmácia e Terapia da Secretaria Municipal de Saúde, e dá outras providências. ”

CONSIDERANDO, o Art. 25 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 do que estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS;

CONSIDERANDO, o disposto na Portaria nº 3916/MS/GM de 30 de Outubro de 1998, que estabelece a Política Nacional de Medicamentos e define as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica para os Gestores Federais, Estaduais e Municipais do Sistema Único de Saúde (SUS);





**PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024**

CONSIDERANDO, o disposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 338, de 06 de maio de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica;

CONSIDERANDO, o disposto no Decreto do Ministério da Saúde nº 5813, de 22 de junho de 2006, que aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos;

CONSIDERANDO, a Portaria MS/GM nº 3.435, de 8 de dezembro de 2021, que Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename 2022) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename 2022).

CONSIDERANDO, a Portaria nº. 344 de 12 de maio de 1998, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial;

CONSIDERANDO a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009, que Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

CONSIDERANDO, a Resolução RDC n.º 20, de maio de 2011, que dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação;

CONSIDERANDO a Portaria nº 112/2020/GBSES, que Institui a Relação Estadual de Medicamentos - RESME, aplicação web, na Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso.

CONSIDERANDO, o disposto na Lei n. 13.021 de 08 de Agosto de 2014, que dispõe sobre o





**PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024**

exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas;

CONSIDERANDO, o Decreto n.º 85.878 de 7 de abril de 1981, que estabelece normas para execução da Lei n.º 3.820, de 11 de novembro de 1960, sobre o exercício da profissão de farmacêutico, e dá outras providências;

CONSIDERANDO, a Resolução n.º 578 de 26 de julho de 2013, que Regulamenta as atribuições técnico-gerenciais do Farmacêutico na gestão da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

CONSIDERANDO, a Portaria n.º 1.660, de 22 de julho de 2009, que Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária - VIGIPOS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde – SUS;

CONSIDERANDO, a Lei Federal n.º 11.347, de 27 de setembro de 2006, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos para portadores de diabetes;

CONSIDERANDO, a Portaria MS n.º 2.583 de 10 de outubro de 2007, que define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo SUS aos portadores de diabetes mellitus;

CONSIDERANDO, que, segundo a OMS, "medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades sanitárias da maioria da população e, devem estar disponíveis com regularidade, em quantidades adequadas e em dosagens e formas farmacêuticas apropriadas", infere-se que qualquer outro medicamento fora dessa lista não significa que não seja útil, mas simplesmente que em uma dada situação os medicamentos da lista são os mais necessários para os cuidados de saúde da população;

CONSIDERANDO, que os Municípios são responsáveis pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoques e prazos de validade, distribuição e dispensação de





**PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024**

medicamentos e insumos do componente básico da Assistência Farmacêutica, constantes na RENAME e RESME/MT vigente, devido a necessidade de promover o uso racional de medicamentos no município para alcance da saúde individual e coletiva;

CONSIDERANDO, a complexidade para manejar e melhorar o uso dos medicamentos face a multiplicidade de alternativas existentes na atualidade;

CONSIDERANDO, que a Comissão de Farmácia e Terapêutica é a instância multiprofissional, consultiva, deliberativa e educativa dentro de hospitais e outros serviços de saúde, responsável pela condução do processo de seleção, utilização, acompanhamento e avaliação do uso dos medicamentos e produtos para saúde, tendo atribuições e responsabilidades definidas em Regimento Interno;

CONSIDERANDO, a Resolução do CMS nº 08/2024, que “Dispõe sobre a Homologação e Autorização da Publicação da Lista REMUME 2024/2025 - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do Município de Alto Garças/MT e dá outras providências”.

R E S O L V E:

Capítulo I

Da Atualização

Art. 1º. Fica estabelecida a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME 2024/2025 no âmbito do SUS, por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 2022, anexo I.

Art. 2º. A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME compreende a seleção e a padronização, aquisição e dispensação ou distribuição de medicamentos indicados para o atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS no Município de Alto Garças/MT.





**PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024**

Parágrafo Único: A REMUME poderá ser acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional – FTN e Protocolos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, que subsidiará a prescrição e a dispensação e o uso de seus medicamentos.

Art.3º. O Elenco da Lista REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais deverão ser adquiridos de acordo com a Lei n. 8.666/93 e dispensados ou distribuídos gratuitamente pelo município de Alto Garças/MT;

Art.4º. A Lista REMUME poderá ser alterada a qualquer momento por qualquer profissional da saúde, utilizando a Solicitação de Inclusão, Exclusão ou Substituição de Medicamentos na REMUME – anexo II, e posteriormente analisada e aprovada pela CFT - Comissão de Farmácia e Terapêutica do Município de Alto Garças/MT para publicação da nova lista REMUME.

Art. 5º. Caberá ao Secretário Municipal de Saúde a Normatização da Prescrição dos Medicamentos constantes na REMUME através de Instrução Normativa publicada e divulgada aos prescritores.

Art. 6º. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PUBLIQUE-SE, REGISTRE-SE, CUMPRA-SE.

GABINETE DO PREFEITO, EDIFÍCIO SEDE DO PODER EXECUTIVO, Alto Garças - MT,
em 16 de maio de 2024.

CLAUDINEI SINGOLANO

Prefeito Municipal





**PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024**

ANEXO I

RELAÇÃO MUNICIPAL DOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS “REMUME”

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO GARÇAS/MT

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Em busca de definir uma Política Municipal de Medicamentos que garanta o arsenal terapêutico necessário ao atendimento dos principais problemas de saúde circunscritos na assistência da rede Municipal, correlacionado com seu papel dentro do cenário sanitário do Município, a Secretaria Municipal de Saúde de Alto Garças/MT, vem instituir e disponibilizar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME.

Esta relação de medicamentos teve como referência a RENAME e a RESME/MT, considerados essenciais porque foi elaborada com vistas nas necessidades prioritárias de saúde da população segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo como elaboradores a Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT, após avaliados aspectos epidemiológicos do Município.

A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) é uma medida indispensável para o Uso Racional de Medicamentos no contexto Municipal, portanto, deve ser empregada como parâmetro nas ações de saúde que envolva condutas terapêuticas baseadas em evidências científicas, sendo delineador das diversas atividades relacionadas ao ato de prescrição, dispensação, uso racional de medicamentos, diminuição de custos e manutenção da integralidade terapêutica.

A REMUME contém apresentações, que se destina ao uso exclusivo dos pacientes atendidos nas unidades próprias da rede Municipal de Saúde de Alto Garças/MT, sendo disponibilizados na Farmácia Municipal.

Deste modo, este instrumento é um avanço considerável para a melhoria da assistência farmacêutica, sobretudo servindo de subsídio para atenção à saúde da população.

Cada medicamento foi designado pela denominação comum brasileira ou pela denominação comum internacional (DCB OU DCI) acompanhado de concentração, forma e apresentação farmacêutica.





**PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024**

Lista de Medicamentos REMUME 2023/2025

**ANALGÉSICOS
ANTIINFLAMATÓRIOS NÃO-
ESTERÓIDES (AINES) E ESTERÓIDES**

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receit./Notif.
1	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	100MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
2	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	100MG TAMPONADO	COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO LENTA	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
3	BECLOMETASONA	50 MCG/DOSE	USO INALATÓRIO POR VIA ORAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
4	BECLOMETASONA	250MCG/DOSE	USO INALATÓRIO POR VIA ORAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
5	BUDESONIDA	32 MCG	SPRAY INALATÓRIO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
6	BUDESONIDA	50 MCG	SPRAY INALATÓRIO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
7	CETOPROFENO	50 MG/ML	AMPOLA	UBS	TRANSFERÊNCIA
8	CLORIDRATO DE CICLOBENZAPRINA	5 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
9	DIPIRONA SÓDICA	500MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
10	DIPIRONA SÓDICA	500MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
11	DIPIRONA SÓDICA	500MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS	TRANSFERÊNCIA
12	ESCOPOLAMINA, BUTILBROMETO	10MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
13	IBUPROFENO	300MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
14	IBUPROFENO	600MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
15	IBUPROFENO	100 MG/ML	SUSPENSAO ORAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
16	PARACETAMOL	200MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES





**PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024**

17	PARACETAMOL	500 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
18	PREDNISOLONA, FOSFATO SÓDICO	3MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
19	PREDNISONA	5MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
20	PREDNISONA	20MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES

**ANTI- CONVULSIVANTE, NEUROLÉPTICOS, HIPNÓTICOS, SEDATIVOS,
ANTIDEPRESSIVOS, ANTI-PSICÓTICOS E ESTABILIZADOR DE HUMOR**

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receit./Notif.
1	ÁCIDO VALPRÓICO/ VALPROATO DE SÓDIO	250MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
2	ÁCIDO VALPRÓICO/ VALPROATO DE SÓDIO	500MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
3	ÁCIDO VALPRÓICO/ VALPROATO DE SÓDIO	50 MG/ML	XAROPE	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
4	ALPRAZOLAM	2 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	B1/SUJEITAS A NOTIFICAÇÃO DE RECEITA "B"
5	ALPRAZOLAM	0,5 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	B1/SUJEITAS A NOTIFICAÇÃO DE RECEITA "B"
6	AMITRIPTILINA, CLORIDRATO	25MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)





PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024

7	ARIPIRAZOL	10 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
8	BIPERIDENO	2 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
9	CARBAMAZEPINA	20 MG/ML	SUSPENSAO ORAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
10	CARBAMAZEPINA	200MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
11	CARBONATO DE LITIO	300MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
12	CITALOPRAM	20 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
13	CLOMIPRAMINA	25MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
14	CLONAZEPAM	2,5 MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	B1/SUJEITAS A NOTIFICAÇÃO DE RECEITA "B"
15	CLONAZEPAM	2MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	B1/SUJEITAS A NOTIFICAÇÃO DE RECEITA "B"
16	CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA	10 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
17	CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA	25 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
18	CLORPROMAZINA	100 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE





**PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024**

					ESPECIAL (02 VIAS)
19	CLORPROMAZINA	25 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
21	DIAZEPAM	5MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	B1/SUJEITAS A NOTIFICAÇÃO DE RECEITA "B"
22	DIAZEPAM	5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS	B1/SUJEITAS A NOTIFICAÇÃO DE RECEITA "B"
23	FENITOÍNA	100 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
26	FENOBARBITAL	100MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	B1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
28	FLUMAZENIL	0,1 MG/1 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS	TRANSFERÊNCIA
29	FLUOXETINA	20MG	CÁPSULA	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
30	HALOPERIDOL	1 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
31	HALOPERIDOL	5 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
32	HALOPERIDOL DECANOATO	50 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS	TRASFERÊNCIA
34	LEVODOPA + BENSERAZIDA	100 MG+ 25 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
35	LEVODOPA + BENSERAZIDA	200 MG+ 50 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
36	LEVODOPA + CARBIDOPA	250 MG+25 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES





**PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024**

37	OXALATO DE ESCITALOPRAM	10 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
38	PARACETAMOL+ CODEÍNA	500+30 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
39	PAROXETINA	20 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	TRANSFERÊNCIA
40	RISPERIDONA	1MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
41	RISPERIDONA	1 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
42	RISPERIDONA	2 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
43	RITALINA	10 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA AMARELA
44	SERTRALINA	50 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
45	TRAMADOL	50 MG/ML	AMPOLA	UBS	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
46	TRAMADOL	50 MG	CÁPSULA	FARMÁCIA MUNICIPAL	C1/RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)

**FÁRMACOS QUE ATUAM SOBRE O
SISTEMA RESPIRATÓRIO**





PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receit./Notif.
1	ACEBROFILINA	5MG/ML	XAROPE	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
2	ACEBROFILINA	10MG/ML	XAROPE	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
3	ACETILCISTEINA	600 MG	SACHÊ	FARMACIA MUNICIAPL	RECEITA SIMPLES
4	DEXAMETASONA	4 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
5	DEXAMETASONA	0,1 MG/ML	ELIXIR	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
6	DEXAMETASONA, FOSFATO DISSÓDICO	4MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS	TRANSFERÊNCIA
7	HIDROCORTISONA, SUCCINATO SÓDICO DE	100MG/ML	SUSPENSÃO INJETÁVEL, FRASCO-AMPOLA	UBS	TRANSFERÊNCIA
8	HIDROCORTISONA, SUCCINATO SÓDICO DE	500MG/ML	SUSPENSÃO INJETÁVEL, FRASCO-AMPOLA	UBS	TRANSFERÊNCIA
90	IPRATRÓPIO, BROMETO	0,25MG/ML	SOLUÇÃO INALANTE	UBS	TRANSFERÊNCIA
10	SULFATO DE SALBUTAMOL	100 MCG	USO INALATÓRIO POR VIA ORAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES

FARMACOS QUE ATUAM NO APARELHO DIGESTIVO e
ANTIISTAMÍNICOS

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receit./Notif.
1	BROMOPRIDA	4 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
3	BROMOPRIDA	10 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
4	CIMETIDINA	150 MG/ML	AMPOLA	UBS	TRANSFERÊNCIA
5	CINARIZINA	75 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
7	FLUNARIZINA	10 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES





**PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024**

8	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO	61,5 MG/ML	SUSPENSÃO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
9	LORATADINA	1MG/ML	XAROPE	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
10	LORATADINA	10 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
11	MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA	10MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
12	MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA	2MG/5ML	XAROPE	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
13	OMEPRAZOL	20 MG	CÁPSULA	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
14	ONDANSERTRONA, CLORIDRATO	4 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
15	ONDANSERTRONA, CLORIDRATO	2 MG/ML	AMPOLA	UBS	TRANSFERÊNCIA
16	PROMETAZINA, CLORIDRATO	25MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS	TRANSFERÊNCIA
17	PROMETAZINA, CLORIDRATO	25MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
18	SIMETICONA	75MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES

ANESTÉSICOS LOCAIS

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receit./Notif.
1	LIDOCAÍNA, CLORIDRATO GEL	2%	BISNAGA 30 G	FARMÁCIA MUNICIPAL E UBS	TRANSFERÊNCIA
2	LIDOCAÍNA, CLORIDRATO (SEM VASO-CONSTRITOR)	2%	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS	TRANSFERÊNCIA

ANTI - DIABÉTICOS

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receit./Notif.
1	GLIBENCLAMIDA	5MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES





PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024

2	GLICLAZIDA	60 MG	COMPRIMIDO LIBERAÇÃO CONTROLADA	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
3	GLICLAZIDA	30 MG	COMPRIMIDO LIBERAÇÃO CONTROLADA	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
4	INSULINA HUMANA NPH	100UI/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	MS ENTREGUE NA UBS	RECEITA SIMPLES
5	INSULINA HUMANA REGULAR	1.000UI/ML	SUSPENSÃO INJETÁVEL	MS ENTREGUE NA UBS	RECEITA SIMPLES
6	METFORMINA	500 MG XR	COMPRIMIDO AÇÃO PROLONGADA	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
7	METFORMINA	500	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
8	METFORMINA	850	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES

FÁRMACOS QUE ATUAM SOBRE OS SISTEMAS
HEMATOPOIÉTICOS

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Recet./Notif.
1	ACIDO FÓLICO	0,2 MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
2	ÁCIDO FÓLICO	5MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
3	SACARATO HIDROXIDO DE FERRO	20 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS	TRANSFERENCIA
4	SULFATO FERROSO	25MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
5	SULFATO FERROSO	40MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES

FÁRMACOS DE USO
TÓPICO

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Recet./Notif.
------	-------------	--------------	-----------------------	--------------------	-----------------------





**PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024**

1	ACETATO DE HIDROCORTIZONA	1%	TUBO	FARMÁCIA MUNICIPAL E UBS	RECEITA SIMPLES
2	CETOCONAZOL	2%	SHAMPOO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
3	CETOCONAZOL	20MG/G	TUBO	FARMÁCIA MUNICIPAL E UBS	RECEITA SIMPLES
4	DEXAMETASONA	1MG/G	TUBO	FARMÁCIA MUNICIPAL E UBS	RECEITA SIMPLES
5	NEOMICINA + BACITRACINA	5MG/G + 250UI/G	TUBO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
6	ÓLEO DE GIRASSOL	100 ML	FRASCO	FARMÁCIA MUNICIPAL E UBS	RECEITA SIMPLES
7	PERMETRINA	50MG/ML	FRASCO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
8	SULFADIAZINA DE PRATA	10/MG/G	TUBO	FARMÁCIA MUNICIPAL E UBS	TRANSFERÊNCIA

**FÁRMACOS QUE ATUAM SOBRE SISTEMA
CARDIOVASCULAR E ANTI- HIPERTENSIVOS:**

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receit./Notif.
1	ADENOSINA	3 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL AMPOLA	UBS	TRANSFERÊNCIA
2	AMIODARONA	200 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
3	ANLODIPINO, BESILATO	5 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
4	ANLODIPINO, BESILATO	10MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
5	ATENOLOL	50 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
6	ATENOLOL	25 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES





PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024

7	ATENOLOL+ CLORTALIDONA	50+12,5 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
8	ATROPINA SULFATO	0,25 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS	TRANSFERÊNCIA
9	CAPTAPRIL	25 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
10	CARVEDILOL	3,125MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
11	CARVEDILOL	6,25 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
12	CARVEDILOL	12,5MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
13	CARVEDILOL	25 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
14	DIGOXINA	0,25 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
15	ENALAPRIL, MALEATO	5 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
16	ENALAPRIL, MALEATO	10 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
17	ENALAPRIL, MALEATO	20 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
18	EPINEFRINA	1 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS	TRANSFERÊNCIA
19	ESPIRONOLACTONA	25 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
20	FUROSEMIDA	40 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
21	FUROSEMIDA	10 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS	TRANSFERÊNCIA
22	HIDRALAZINA	50 MG	COMPRIMIDO	RECEITA SIMPLES	RECEITA SIMPLES
23	HIDRALAZINA	25 MG	COMPRIMIDO	RECEITA SIMPLES	RECEITA SIMPLES
24	HIDRALAZINA	20 MG/ML	AMPOLA	UBS	TRANSFERÊNCIA
25	HIDROCLOROTIAZIDA	25 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
26	ISOSSORBIDA, DINITRATO	5 MG	COMPRIMIDO SUBLINGUAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
27	ISOSSORBIDA, MONONITRATO	20 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES





PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024

28	LOSARTANA POTÁSSICA	50MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
29	LOSARTANA POTÁSSICA	25 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
30	METILDOPA	250 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
31	METOPROLOL, SUCCINATO	25 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
32	METOPROLOL, SUCCINATO	50 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
33	NIFEDIPINO	20 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
34	PROPAFENONA, CLORIDRATO	300 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
35	PROPATILNITRATO	10 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
36	PROPRANOLOL CLORIDRATO	10 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
37	PROPRANOLOL CLORIDRATO	40 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES

ANTIMICROBIANO

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receit./Notif.
1	AMOXICILINA	250MG/ML	PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
2	AMOXICILINA	500MG	CÁPSULA	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
3	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO	50MG/ML + 12,5MG/ML	PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
4	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO	500MG + 125MG	CÁPSULA	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
5	AZITROMICINA	200MG/5ML	PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)





**PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024**

6	AZITROMICINA	500MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
7	BENZILPENICILINA, BENZATINA	600.000UI	PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL	UBS	TRASFERÊNCIA
8	BENZILPENICILINA, BENZATINA	1.200.000 UI	PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL	UBS	TRASFERÊNCIA
9	CEFALEXINA	250 MG/5ML	PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
10	CEFALEXINA	500MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
11	CEFTRIAXONA	1 000 MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS	TRASFERÊNCIA
12	CIPROFLOXACINO, CLORIDRATO	500MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
13	CLARITROMICINA , CLORIDRATO	500 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
14	CLINDAMICINA	300 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
15	ESPIRAMICINA	1,5 MUI	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
16	LEVOFLOXACINO	750 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
17	METRONIDAZOL	40 MG/ML	PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
18	METRONIDAZOL	250 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
19	METRONIDAZOL	400MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)





**PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024**

20	METRONIDAZOL	100MG/G	GEL VAGINAL TUBO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
21	NITROFURANTOINA	100MG	CÁPSULA	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
22	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	40MG/ML + 8MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
23	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	400MG + 80MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)
24	SULFATO DE POLIMIXINA B+ SULFATO DE NEOMICINA + FLUOCINOLONA+ CLORIDRATO DE LIDOCAINA	10.000 UI + 3,50MG/ML + 0,250MG/ML + 20MG/ML	SOLUÇÃO OTOLÓGICA	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)

ANTIFÚNGICOS

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receit./Notif.
1	CETOCONAZOL	2%	SHAMPOO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
2	CETOCONAZOL	20 MG/G	CREME BISNAGA	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
3	FLUCONAZOL	150 MG	CÁPSULA	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
4	ITRACONAZOL	100 MG	CÁPSULA	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
5	MICONAZOL	2%	CREME VAGINAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
6	NISTATINA	100.000 UI/ML	SUSPENSÃO ORAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
7	NISTATINA	100.000 UI/G	CREME VAGINAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
8	SECNIDAZOL	1.000 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES

**VITAMINAS, REPOSIÇÃO HIDROELETROLÍTICA E
NUTRIÇÃO, MINERAIS**





PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receipt./Notif.
1	ÁCIDO ASCÓRBICO	100MG/5ML	AMPOLA	UBS	TRASFERÊNCIA
2	AGUA PARA INJEÇÃO	10 ML	SOLUÇÃO PARA INJETÁVEL, AMPOLA 10 ML	UBS	TRASFERÊNCIA
3	CARBONATO DE CÁLCIO	500 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
4	CARBONATO DE CALCIO + COLECALCIFEROL	1.250MG (500MG DE CÁLCIO) + 400UI	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
5	CIANOCOBALAMINA + CLORIDRATO DE PIRIDOXINA + CLORIDRATO DE TIAMINA + DEXAMETASONA	5MG/2ML + 100MG/2ML + 100MG/ML + 4MG/ML	AMPOLA	UBS	TRASFERÊNCIA
6	COMPLEXO B INJETÁVEL : VITAMINA B1+ B2+B6+B3+ PRÓ-VIT. B5	4 MG + 1MG + 2MG + 20MG + 3MG	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS	TRASFERÊNCIA
7	GLICOSE	50%	SOLUÇÃO PARA INJETÁVEL, AMPOLA 10 ML	UBS	TRASFERÊNCIA
8	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL, PÓ, COMPOSTO POR: CLORETO SÓDIO + GLICOSE, + CITRATO DE SÓDIO + CLORETO DE POTÁSSIO, PARA 1,000ML DE SOLUÇÃO PRONTA, SEGUNDO PADRÃO OMS, ENVELOPE CONTENDO 27,9G	3,5G + 20G + 2,9 G + 1,5G	PÓ PARA SOLUÇÃO ORAL ENVELOPE 27,9G	FARMÁCIA MUNICIPAL UBS	RECEITA SIMPLES
9	TIAMINA	300MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
10	VITAMINAS DO COMPLEXO B: PANTOTENATO DE CALCIO+ RIBOFLAVINA + MONONITRATO DE TIAMINA + CLORIDRATO DE PIRIDOXINA + NICOTINAMIDA	3 MG + 2 MG + 5 MG + 2MG + 20MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES

ANTIPARASITÁRIOS





PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receit./Notif.
1	ALBENDAZOL	40MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
2	ALBENDAZOL	400MG	COMPRIMIDO MASTIGÁVEL	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
3	IVERMECTINA	6MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
5	MEBENDAZOL	100 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
6	MEBENDAZOL	20MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
7	PERMETRINA	50 MG/G	LOÇÃO FRASCO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES

HORMÔNIOS

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receit./Notif.
1	ESTROGENIOS CONJUGADOS	0,625MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
2	LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL (CICLO 21)	0,15MG + 0,03MG	COMPRIMIDO	USB	TRASFERÊNCIA
3	LEVOTIROXINA SODICA	25MCG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
4	LEVOTIROXINA SODICA	50MCG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
5	LEVOTIROXINA SODICA	100MCG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
6	MEDROXIPROGESTERONA	50MG/ML	PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL	USB	TRASFERÊNCIA
7	MEDROXIPROGESTERONA	150MG/ML	PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL	USB	TRASFERÊNCIA
8	NORETISTERONA	0,35MG	COMPRIMIDO	USB	TRASFERÊNCIA
9	NORETISTERONA, ENANTATO + VALERATO DE ESTRADIOL	50MG/ML + 5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL, AMPOLA 2 ML	USB	TRASFERÊNCIA





**PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024**

10	TIBOLONA	2,5 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
----	----------	--------	------------	--------------------	-----------------

ANTI-SÉPTICOS

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receipt./Notif.
1	PASTA D' ÁGUA (ÓXIDO DE ZINCO)	25%	POMADA	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
2	PERMANGANATO DE POTÁSSIO	100MG	COMPRIMIDO USO TÓPICO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES

ANTIVIRAL

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receipt./Notif.
1	ACICLOVIR	200MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
2	ACICLOVIR	5%	POMADA	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES

COLÍRIOS OFTÁLMICOS

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receipt./Notif.
1	DEXAMETASONA	1MG/ML	SOLUÇÃO OFTÁLMICA	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
2	HIPROMELOSE	0,50%	SOLUÇÃO OFTÁLMICA	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
3	MALEATO DE TIMOLOL	0,5MG/ML	SOLUÇÃO OFTÁLMICA	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES

ANTIOSTEOPOROSE

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receipt./Notif.
1	ALENDRONATO SÓDICO	70MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES





**PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024**

ANTILIPÊMICOS

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receit./Notif.
1	CIPROFIBRATO	100 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
2	SINVASTATINA	20MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
3	SINVASTATINA	40MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES

ANTIGOTOSO

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receit./Notif.
1	ALOPURINOL	100MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
2	ALOPURINOL	300MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES

LAXANTE

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receit./Notif.
1	LACTULOSE	667MG/ML	SOLUÇÃO ORAL FRASCO COM 120ML	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
2	ÓLEO MINERAL	FRASCO COM 100 ML	SOLUÇÃO ORAL FRASCO COM 100ML	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES

FITOTERÁPICOS

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receit./Notif.
1	ISOFLAVONA-DE-SOJA [GLYCINE MAX (L.)MERR.]	75 MG	CÁPSULA	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES





**PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024**

2	ISOFLAVONA-DE-SOJA [GLYCINE MAX (L.)MERR.]	150 MG	CÁPSULA	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
---	---	--------	---------	-----------------------	-----------------

PROSTÁTICOS

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receit./Notif.
1	DOXASOZINA	2MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
2	DOXASOZINA	4MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
3	FINASTERIDA	5MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES

VASODILATADORES E ANTI - AGREGANTE

PLAQUETÁRIO:

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receit./Notif.
1	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	100MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
2	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	100MG TAMPONADO	COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO LENTA	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
3	CILOSTAZOL	50MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
4	CLOPIDOGREL	75MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
5	HEPARINA SÓDICA	5.000/0,25 UI/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS	TRASFERÊNCIA
6	VARFARINA SÓDICA	5 MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES

FÁRMACOS ATUAM NA INSUFICIÊNCIA VENOSA /

CIRCULATÓRIO

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receit./Notif.
------	-------------	--------------	-----------------------	--------------------	------------------------





**PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024**

1	DIOSMINA + HESPERIDINA	450 + 50MG	COMPRIMIDO	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA SIMPLES
---	------------------------	------------	------------	--------------------	-----------------

OTOLÓGICO

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receipt./Notif.
1	SULFATO DE POLIMIXINA B + SULFATO DE NEOMICINA + FLUOCINOLONA + CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA	10.000UI + 35000 MG/ML + 0,250 MG/ML + 20 MG/ML	SOLUÇÃO OTOLÓGICA	FARMÁCIA MUNICIPAL	RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (02 VIAS)

VACINA

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receipt./Notif.
1	IMUNOGLOBULINA HUMANA (ANTI-D)	300 MCG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	UBS	TRASFERÊNCIA

**MEDICAMENTOS PADRONIZADOS DA CAIXINHA DE
EMERGENCIA DAS UBS**

Item	Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica	Local de Acesso	Tipo Receipt./Notif.
1	ACIDO ACETILSALICÍLICO	100 MG	COMPRIMIDO	UBS	UBS
2	ADENOSINA	3 MG/ML	Solução injetável	UBS	UBS
3	CLORIDRATO DE HIDRALAZINA	20 MG/ML	Solução injetável	UBS	UBS
4	CLORIDRATO DE PROMETAZINA	25 MG/ML	Solução injetável	UBS	UBS
5	CLORIDRATO DE TRAMADOL	50 MG/ML	Solução injetável	UBS	UBS
6	DECANOATO DE HALOPERIDOL	50 MG/ML	Solução injetável	UBS	UBS
7	DIAZEPAM	5 MG/ML	Solução injetável	UBS	UBS
8	EPINEFRINA	1 MG/ML	Solução injetável	UBS	UBS
9	FUROSEMIDA	20 MG/ML	Solução injetável	UBS	UBS
10	GLICOSE	50%	Solução injetável	UBS	UBS





**PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024**

11	HIDROCORTISONA	100 MG/ML	Solução injetável	UBS	UBS
12	SULFATO DE ATROPINA	0,25 MG/ML	Solução injetável	UBS	UBS





**PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024**

ANEXO II

Solicitação de Inclusão, Exclusão ou Substituição de Medicamentos na REMUME

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 SUBSTITUIÇÃO

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:

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

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





**PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024**

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

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:

Unidade Básica Ambulatório de Especial Centro de Refer. Hospital PSocorro/PA Hosp.Dia Outro

11 - Outras informações:

- O medicamento proposto pertence à 14ª última Lista da OMS?

<http://www.who.int/medicines/organization/par/formulary.shtml> SIM NÃO

- O medicamento está disponível no mercado nacional?

(ANVISA: http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/banco_med.htm, *AbcFarma* ou *Kairos*, *Consulta Remédios*: <http://www.consultaremedios.com.br>) SIM NÃO

- Esta incluído na lista da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais)?

<http://www.opas.org.br/medicamentos/index.cfm?ent=1&carregar=1> SIM NÃO

- Está registrado sob a forma GENÉRICO?





**PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024**

http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/banco_med.htm SIM NÃO

- Existe mais de um produtor do medicamento? (site anterior) SIM NÃO

Quais? _____

- Custo diário médio do tratamento (comparado) ABCFarma / Consulta de Remédios

<http://www.consultaremedios.com.br/> Custo: _____ R\$/Dia

12 - Apoio à pesquisa de estudos de evidência clínica:

- **CEBRIM – Centro Brasileiro de Informação Sobre Medicamento**
<http://www.cff.org.br/pagina.php?id=3&menu=3&titulo=Cebrim> ou <http://www.cff.org.br/cebrim/usuario/>;
- **Cochrane** <http://www.cochrane.org/>
- **Bandolier – Evidence-based health care** <http://www.ebandolier.com/>
- **Australian Prescriber** <http://www.australianprescriber.com/>
- **Trip Database** <http://www.tripdatabase.com/index2.cfm>
- **Therapeutics Initiative-Evidence-based Drug Therapy** : <http://www.ti.ubc.ca/>
- **Netting the Evidence** <http://www.shef.ac.uk/~scharr/ir/netting/net.html>
- **Evidence Based Medicine (EBM)** <http://www.infodoctor.org/rafabravo/mbe.htm>
- **Consensos nacionais ou internacionais NIH (National Institute of Health-EUA)** <http://www.guidelines.gov/index.asp> / <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/index.htm> e **Diretrizes da Associação Médica Brasileira** <http://amb.connectmed.com.br/site/index.php3>

13 - Outras fontes de informação:

BNF 44ed. Setembro 2002: <http://www.bnf.org/>

Medline: <http://www.ncbi.nih.gov/pubmed>

FDA: <http://www.fda.gov/>

Medscape DrugInfo : <http://www.medscape.com/>

Solicitante: _____





**PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024**

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.

SOLICITAÇÃO

() Deferida () Indeferida

Assinaturas dos Membros da CFT:

Justificativa da decisão:

