

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

REMUME 2025

SANTO ANTÔNIO DE GOIÁS – GO

Elaboração, Distribuição e Informações

Prefeitura Municipal de Saúde

Secretária Municipal de Saúde

Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF

Rua Benedita Rocha Lins, Quadra B, Lote 2, Nº 037

Centro, Santo Antônio de Goiás – GO, 75375-000

Fone: (62) 3535-1021

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais - REMUME



Secretaria Municipal de Saúde

Gestão 2025-2028



Kleber Cosme de Freitas
Prefeito

Joana Dark Joaquina Leão
Secretária de Saúde

Wanny Carlyne Silva Araújo
Coordenadora da Assistência Farmacêutica

EQUIPE TÉCNICA DE ELABORAÇÃO E REVISÃO

Wanny Carlyne Silva Araújo
Farmacêutica

Clea Luzia Almeida Batista
Coordenadora da Atenção Primária

Vinicius Augusto Andrade Ferraz
Diretor Clínico



SUMÁRIO

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS – REMUME.	4
ORIENTAÇÕES PARA PRESCRIÇÕES DE MEDICAMENTOS.	5
ORIENTAÇÕES PARA LEITURA DA REMUME.....	6
SEÇÃO 1 – REMUME POR ANEXOS	
Anexo I – Relação Municipal de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.....	7
Anexo II – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.....	11
Anexo III – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.....	15
Anexo IV – Relação Municipal de Insumos.	16
Anexo V – Relação Municipal de Medicamentos de Uso Hospitalar.....	17
REFERÊNCIAS.	19

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais - REMUME

A Assistência Farmacêutica Municipal tem como finalidade garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais, promovendo o uso racional, a qualidade dos serviços e a humanização do atendimento. Suas ações abrangem desde a seleção, programação, aquisição e distribuição dos medicamentos até a dispensação com orientação adequada e acompanhamento do tratamento, contribuindo para a efetividade terapêutica das doenças mais frequentes no município, conforme estabelecido pela Resolução nº 338 do Ministério da Saúde, de 06 de maio de 2004.

Os medicamentos disponibilizados à população seguem as diretrizes do Ministério da Saúde, por meio da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 2022, regulamentada pela Portaria nº 3.435, de 08 de dezembro de 2021. Entretanto, considerando as necessidades e a realidade local, torna-se fundamental a elaboração da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), estratégia recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1977.

A adoção da REMUME proporciona diversos benefícios para a gestão da saúde pública, como maior organização dos serviços farmacêuticos, otimização dos recursos financeiros, melhoria no abastecimento e fortalecimento das ações educativas voltadas aos profissionais de saúde e usuários do SUS.

A REMUME tem como objetivo ampliar e qualificar o acesso aos medicamentos essenciais para a população do município, orientando todas as etapas da Assistência Farmacêutica e servindo como referência para as prescrições médicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, busca-se promover um atendimento mais eficiente, seguro e igualitário, garantindo aos usuários o fornecimento gratuito dos medicamentos constantes nesta relação municipal.

ORIENTAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

A prescrição de medicamentos destinados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Santo Antônio de Goiás deverá seguir as diretrizes estabelecidas pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e pela Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), as quais servirão como referência para as prescrições realizadas nos serviços públicos de saúde.

As receitas médicas deverão atender aos requisitos técnicos e legais, contendo obrigatoriamente as seguintes informações:

- a) Utilização de receituário padrão em papel timbrado do Município, contendo a identificação da unidade de saúde, com nome e endereço;
- b) Indicação do medicamento pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou pelo nome genérico, sendo proibido o uso de siglas, abreviações ou códigos;
- c) Prescrição individualizada, redigida de forma legível, manuscrita à tinta ou digitada, sem rasuras ou alterações, respeitando a nomenclatura oficial e o sistema de pesos e medidas, além de informar a forma farmacêutica, posologia, modo de uso e tempo de tratamento;
- d) Inclusão da data de emissão da receita, identificação completa do prescritor, com nome e número de registro no respectivo conselho profissional, de forma impressa ou manuscrita, acompanhada da assinatura;
- e) Nome completo do paciente;
- f) As prescrições de medicamentos antimicrobianos, controlados ou sujeitos a controle especial deverão seguir a legislação federal específica vigente, sendo emitidas em duas vias;
- g) Nas receitas destinadas ao tratamento de doenças crônicas, deverá constar a expressão “uso contínuo” ou ser especificada quantidade suficiente de medicamento para o período indicado do tratamento;
- h) Caso a dose prescrita ultrapasse os limites farmacológicos recomendados ou apresente incompatibilidades, caberá ao responsável técnico do estabelecimento solicitar confirmação expressa do profissional prescritor.

ORIENTAÇÃO PARA LEITURA DA REMUME

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

Seção 1 – A REMUME é composta pelos seguintes anexos:

I – Relação Municipal de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica;

II – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;

III – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;

IV – Relação Municipal de Insumos;

V – Relação Municipal de Medicamentos de Uso Hospitalar.

SEÇÃO 1

REMUME POR ANEXOS

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

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica é composto por uma relação de medicamentos (ANEXO I) e insumos farmacêuticos (ANEXO IV), destinados ao atendimento dos principais agravos de saúde acompanhados pela Atenção Básica municipal.

O financiamento deste componente é de responsabilidade compartilhada entre os três entes federativos, conforme previsto na Portaria GM/MS nº 2.516/2020. O modelo de gestão do componente básico ocorre de forma parcialmente centralizada no município. Assim, os recursos financeiros oriundos das esferas federal e municipal são transferidos para o Fundo Municipal de Saúde em contas bancárias específicas, sendo utilizados pelo município na aquisição dos medicamentos. O repasse estadual, por sua vez, é realizado mediante fornecimento de medicamentos, conforme pactuação estabelecida pela CIB (Comissão Intergestores Bipartite).

A responsabilidade pela aquisição e distribuição dos medicamentos compete ao ente municipal. O montante disponível para solicitação dos medicamentos corresponde à soma do financiamento tripartite, distribuído da seguinte forma:

I – Contrapartida Federal: R\$ 6,00 per capita/ano (Portaria nº 3.193/2019);

II – Contrapartida Estadual: R\$ 2,36 per capita/ano;

III – Contrapartida Municipal: R\$ 2,36 per capita/ano.

O Ministério da Saúde é responsável pela aquisição e distribuição das insulinas humanas NPH e Regular, bem como dos medicamentos que integram o Programa Saúde da Mulher, incluindo contraceptivos orais e injetáveis, dispositivo intrauterino (DIU) e diafragma.

As insulinas humanas NPH e Regular, disponibilizadas em formato de caneta (tubete de 3 ml), são fornecidas conforme a Nota Técnica do Ministério da Saúde nº 169/2022 – CGAFB/DAF/SCTIE/MS, destinadas aos seguintes grupos:

- Pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2 com idade menor ou igual a 19 anos;
- Pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2 com idade maior ou igual a 45 anos.

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO/COMPOSIÇÃO	FORMA FARMACÊUTICA
ACICLOVIR	200 MG	COMPRIMIDO
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	100 MG	COMPRIMIDO
ÁCIDO FÓLICO	5 MG	COMPRIMIDO
ALBENDAZOL	400 MG	COMPRIMIDO
ALBENDAZOL	40MG/ML	SUSPENSÃO
ÁCIDO VALPRÓICO	250 MG	COMPRIMIDO
ÁCIDO VALPRÓICO	500 MG	COMPRIMIDO
ÁCIDO VALPRÓICO	50MG/ML	XAROPE
AMITRIPTILINA	25 MG	COMPRIMIDO
AMITRIPTILINA	75 MG	COMPRIMIDO
ALENDRONATO DE SÓDIO	70 MG	COMPRIMIDO
AMIODARONA	200 MG	COMPRIMIDO
AMOXICILINA	250 MG/5ML	SUSPENSÃO
AMOXICILINA	500 MG	COMPRIMIDO
AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO	50MG/ML + 12,5MG/ML	SUSPENSÃO ORAL
AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO	500MG + 125MG	COMPRIMIDO
ANLODIPINO	5 MG	COMPRIMIDO
ANLODIPINO	10 MG	COMPRIMIDO
ATENOLOL	25 MG	COMPRIMIDO
ATENOLOL	50 MG	COMPRIMIDO
AZITROMICINA	500 MG	COMPRIMIDO
AZITROMICINA	40MG/ML	SUSPENSÃO
BENZILPENICILINA BENZATINA	1.200.000UI	FRASCO AMPOLA
BENZILPENICILINA BENZATINA	600.000UI	FRASCO AMPOLA
BROMOPRIDA	10 MG	COMPRIMIDO
BROMOPRIDA	4MG/ML	SOLUÇÃO ORAL/GOTAS
BIPERIDENO	2 MG	COMPRIMIDO
CARBAMAZEPINA	200 MG	COMPRIMIDO
CARBAMAZEPINA	20MG/ML	SUSPENSÃO
CARBONATO DE LÍCIO	300 MG	COMPRIMIDO
CLOMIPRAMINA	25 MG	COMPRIMIDO
CLONAZEPAM	2,5 MG	SOLUÇÃO/ GOTAS
CLONAZEPAM	2 MG	COMPRIMIDO
CLONAZEPAM	0,5 MG	COMPRIMIDO

CLORPROMAZINA	100 MG	COMPRIMIDO
CLORPROMAZINA	25 MG	COMPRIMIDO
CEFALEXINA	500 MG	COMPRIMIDO
CEFALEXINA	50MG/ML	SUSPENSÃO
CIPROFLOXACINO	500 MG	COMPRIMIDO
DEXAMETASONA ELIXIR	0,1MG/ML	SUSPENSÃO
DEXAMETASONA	1MG/G	CREME DERMATOLÓGICO
DEXAMETASONA	4 MG	COMPRIMIDO
MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA	2 MG	COMPRIMIDO
MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA	0,4MG/ML	SOLUÇÃO
DIPIRONA SÓDICA	500 MG	COMPRIMIDO
DIPIRONA SÓDICA	50 MG/ML	SOLUÇÃO/ GOTAS
DIAZEPAM	10 MG	COMPRIMIDO
DIAZEPAM	5 MG	COMPRIMIDO
ESCITALOPRAM	10 MG	COMPRIMIDO
ESCITALOPRAM	20 MG	COMPRIMIDO
MALEATO DE ENALAPRIL	10 MG	COMPRIMIDO
MALEATO DE ENALAPRIL	5 MG	COMPRIMIDO
ESPIRONOLACTONA	25 MG	COMPRIMIDO
ETINILESTRADIOL + LEVONORGSTREL	0,03 MG+0,15 MG	COMPRIMIDO
FLUCONAZOL	150 MG	COMPRIMIDO
FUROSEMIDA	40 MG	COMPRIMIDO
FENITOÍNA SÓDICA	100 MG	COMPRIMIDO
FENOBARBITAL	100 MG	COMPRIMIDO
FLUOXETINA	20 MG	COMPRIMIDO
GLIBENCLAMIDA	5 MG	COMPRIMIDO
HIDROCLOROTIAZIDA	25 MG	COMPRIMIDO
HALOPERIDOL	5 MG	COMPRIMIDO
HALOPERIDOL DECANOATO	50MG/ML	AMPOLA
IBUPROFENO	600 MG	COMPRIMIDO
IBUPROFENO	50 MG/ML	SOLUÇÃO/ GOTAS
IBUPROFENO	100 MG/ML	SOLUÇÃO/ GOTAS
INSULINA HUMANA NPH	100 UI/ML	FRASCO AMPÓLA
INSULINA HUMANA REGULAR	100 UI/ML	FRASCO AMPÓLA
LORATADINA	10 MG	COMPRIMIDO
LORATADINA	1MG/ML	XAROPE

LOSARTANA POTÁSSICA	50 MG	COMPRIMIDO
CLORIDRATO DE LIDOCAINA	20 MG/G	GELEIA
MEDROXIPROGESTERONA	150MG/ML	INJETÁVEL
METFORMINA	500 MG	COMPRIMIDO
METFORMINA	850 MG	COMPRIMIDO
SUCCINATO DE METOPROLOL	25 MG	COMPRIMIDO
SUCCINATO DE METOPROLOL	50 MG	COMPRIMIDO
SUCCINATO DE METOPROLOL	100 MG	COMPRIMIDO
METRONIDAZOL	250 MG	COMPRIMIDO
METRONIDAZOL	100 MG/G	CREME VAGINAL
SULFATO DE NEOMICINA + BACITRACINA	5 MG+250 UI/G	CREME
NORETISTERONA	0,35 MG	COMPRIMIDO
NORTRIPTILINA	25 MG	CÁPSULA
OMEPRAZOL	20 MG	CÁPSULA
OMEPRAZOL	40 MG	CÁPSULA
PARACETAMOL	200 MG/ML	SOLUÇÃO/GOTAS
PARACETAMOL	500 MG	COMPRIMIDO
PREDNISOLONA	1MG/ML	SOLUÇÃO ORAL
PREDNISONA	5 MG	COMPRIMIDO
PREDNISONA	20 MG	COMPRIMIDO
PROPRANOLOL	40 MG	COMPRIMIDO
PROMETAZINA	25 MG	COMPRIMIDO
SAIS PARA REIDRATAÇÃO	Cloreto de sódio, glicose, anidra, cloreto de potássio, citrato de sódio, di-hidratado	PÓ PARA SOLUÇÃO ORAL
SULFATO DE SALBUTAMOL , AEROSOL	100MCG/ DOSE	INALATÓRIO
SINVASTATINA	20 MG	COMPRIMIDO
SINVASTATINA	40 MG	COMPRIMIDO
SULFATO FERROSO	25MG/ML	SOLUÇÃO ORAL GOTAS
SULFATO FERROSO	40 MG	COMPRIMIDO
SULFADIAZINA DE PRATA	10 MG/G	CREME

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

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica tem como finalidade assegurar o acesso da população aos medicamentos constantes no Anexo II, destinados ao tratamento de doenças de caráter endêmico, como tuberculose, hanseníase, leishmaniose, influenza, esquistossomose, tabagismo, entre outras enfermidades de importância epidemiológica e impacto social. O controle e tratamento dessas doenças seguem protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas previamente estabelecidos pelo Ministério da Saúde. O financiamento desses medicamentos é realizado integralmente pelo Governo Federal.

Cabe ao Ministério da Saúde a aquisição e distribuição dos medicamentos estratégicos aos estados e ao Distrito Federal. Aos estados compete o armazenamento e a redistribuição aos municípios. Por sua vez, os municípios realizam a solicitação e dispensação dos medicamentos através do Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica – SIGAF, conforme o planejamento da vigilância epidemiológica municipal, considerando as notificações e registros lançados no SINAN.

DENOMINAÇÃO GENÉRICA/ CONCENTRAÇÃO	PROGRAMA	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO
ABACAVIR – SOLUÇÃO ORAL	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais
ABACAVIR 300 MG – COMPRIMIDO	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais
ATAZANAVIR 300 MG – CÁPSULA	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais
BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI – INJETÁVEL	SÍFILIS	Receita (validade 10 dias) + cópia da notificação + ficha de identificação.
BENZILPENICILINA POTÁSSICA 5.000.000 UI – SOLUÇÃO INJETÁVEL	SÍFILIS CONGÊNITA	Receita + cópia da notificação + ficha de identificação.
BUPROPIONA 150 MG – COMPRIMIDO	CONTROLE AO TABAGISMO	Receita do grupo de tabagista com carimbo + cópia dos documentos pessoais.
DARUNAVIR 600 MG – COMPRIMIDO	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais
DOLUTEGRAVIR 50 MG – COMPRIMIDO	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais. Doxiciclina 100 mg – Comprimido Febre maculosa Receita + cópia da noti
DOXICICLINA 100 MG – COMPRIMIDO	FEBRE MACULOSA SÍFILIS, URETRITE, LINFOGRANULOSA, DONOVANOSE, CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE POR CLAMÍDIA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA E PROCTITE	Receita relatando o CID da doença + cópia dos documentos pessoais.
EFAVIRENZ 30 MG/ML – SOLUÇÃO ORAL	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
EFAVIRENZ 600 MG – COMPRIMIDO	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
ENFUVIRTIDA 90 MG/ML – FRASCO AMPOLA	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
ESPIRAMICINA 1,5MUI – COMPRIMIDO	TOXOPLASMOSE GESTACIONAL	Receita + cópia da notificação + exames que comprovem diagnóstico + cópia dos documentos pessoais.
ESTREPTOMICINA 1 G (200 MG/ML) - SOLUÇÃO INJETÁVEL	TUBERCULOSE ESQUEMA ESPECIAL	Receita + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.

ETAMBUTOL 400 MG – COMPRIMIDO	TUBERCULOSE ESQUEMA ESPECIAL	Receita + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
ETRAVIRINA 100 MG – COMPRIMIDO	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
ETRAVIRINA 200 MG – COMPRIMIDO	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
ISONIAZIDA 100 MG – COMPRIMIDO	TUBERCULOSE	Receita + cópia da notificação + + exames que comprovem diagnóstico + cópia dos documentos pessoais.
ITRACONAZOL 150 MG – COMPRIMIDO	ESPOROTRICOSE	Receita + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
LAMIVUDINA 10 MG/ML – SOLUÇÃO ORAL	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
LAMIVUDINA 150 MG – COMPRIMIDO	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
LOPINA VIR 100 MG + RITONAVIR 25 MG – COMPRIMIDO	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
MARAVIROQUE 150 MG – COMPRIMIDO	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
MEGLUMINA ANTIMONIATO 300 MG/ML – SOLUÇÃO INJETÁVEL	LEISHMANIOSE	Receita + cópia da notificação + + exames que comprovem diagnóstico + cópia dos documentos pessoais.
NEVIRAPINA 10 MG/ML – SOLUÇÃO ORAL	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
NEVIRAPINA 200 MG – COMPRIMIDO	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
NICOTINA 21 MG ADESIVO TRANSDÉRMICO	CONTROLE AO TABAGISMO	Receita do grupo de tabagista com carimbo + cópia dos documentos pessoais.
NICOTINA 14 MG – ADESIVO TRANSDÉRMICO	CONTROLE AO TABAGISMO	Receita do grupo de tabagista com carimbo + cópia dos documentos pessoais.
NICOTINA 7 MG ADESIVO TRANSDÉRMICO	CONTROLE AO TABAGISMO	Receita do grupo de tabagista com carimbo + cópia dos documentos pessoais.
OSELTAMIVIR FOSFATO 75 MG – COMPRIMIDO	INFLUENZA A H1N1	Receita + cópia dos documentos pessoais
OSELTAMIVIR FOSFATO 30 MG – COMPRIMIDO	INFLUENZA A H1N1	Receita + cópia dos documentos pessoais
OSELTAMIVIR FOSFATO 45 MG – COMPRIMIDO	INFLUENZA A H1N1	Receita + cópia dos documentos pessoais

PIRAZINAMIDA 150 MG – COMPRIMIDO DISPERSÍVEL	TUBERCULOSE ESQUEMA ESPECIAL	Receita + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
PIRAZINAMIDA 30 MG/ML – SUSPENSÃO ORAL	TUBERCULOSE ESQUEMA ESPECIAL	Receita + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
PIRAZINAMIDA 500 MG – COMPRIMIDO	TUBERCULOSE ESQUEMA ESPECIAL	Receita + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
PIRIMETAMINA 25 MG – COMPRIMIDO	TOXOPLASMOSE	Receita + cópia da notificação ++ exames que comprovem diagnóstico + cópia dos documentos pessoais.
PRAZIQUANTEL 600 MG – COMPRIMIDO	ESQUISTOSSOMOSE	Receita + cópia da notificação ++ exames que comprovem diagnóstico + cópia dos documentos pessoais.
RALTEGRAVIR 100 MG – COMPRIMIDO	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
RALTEGRAVIR 400 MG – COMPRIMIDO	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
RIFAMPICINA 20 MG/ML – SUSPENSÃO ORAL	TUBERCULOSE ESQUEMA ESPECIAL	Receita + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
RIFAMPICINA 300 MG – CÁPSULA	TUBERCULOSE ESQUEMA ESPECIAL	Receita + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
RIFAMPICINA + CLOFAZIMINA + DAPSONA (300+150)+50+50 MG (MULTI-INFANTIL) - COMPRIMIDO	HANSENÍASE	Receita + cópia da notificação + exames que comprovem diagnóstico + cópia dos documentos pessoais.
RIFAMPICINA + CLOFAZIMINA + DAPSONA (300+300)+50+100 MG (MULTI ADULTO) - COMPRIMIDO	HANSENÍASE	Receita + cópia da notificação + exames que comprovem diagnóstico + cópia dos documentos pessoais.
RIFAMPICINA + ISONIAZIDA 150 + 75 MG – COMPRIMIDO	TUBERCULOSE	Receita + exames que comprovem diagnóstico + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais
RIFAMPICINA+PIRAZINAMIDA+ ETAMBUTOL+ISONIAZIDA 150+400+275+75 MG – COMPRIMIDO	TUBERCULOSE	Receita + exames que comprovem diagnóstico + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais
RIFAMPICINA+PIRAZINAMIDA+ ETAMBUTOL+ISONIAZIDA 75+50+150 MG – COMPRIMIDO	TUBERCULOSE	Receita + exames que comprovem diagnóstico + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais
RITONAVIR 100 MG – COMPRIMIDO	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais
SULFADIAZINA 500 MG – COMPRIMIDO	TOXOPLASMOSE	Receita + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais.
TALIDOMIDA 100 MG – COMPRIMIDO	*HANSENÍASE (CID A30). *DST/AIDS (CID B 23.8). *LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (CID M32). *LÚPUS ERITEMATOSO DISCÓIDE (CID L93.0).	Notificação de receita de talidomida + termo de esclarecimento para o usuário + termo de responsabilidade + cópia dos documentos pessoais.

	*LÚPUS ERITEMATOSO CUTÂNEO SUBAGUDO (CID L93.0). *DOENÇA ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO (CID T86.0). *MIELOMA MÚLTIPLO (C90.0).	
TENOFOVIR 300 MG – COMPRIMIDO	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais
TENOFOVIR 300 MG + LAMIVUDINA 300 MG – COMPRIMIDO	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais
TENOFOVIR 300 MG + LAMIVUDINA 300 MG + EFAVIRENZ 600 MG – COMPRIMIDO	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais
TIPRANA VIR 250 MG – CÁPSULA	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais
ZIDOVUDINA 100 MG – CAPSULA	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais
ZIDOVUDINA 300 MG + LAMIVUDINA 150 MG – COMPRIMIDO	ANTIRRETROVIRAL	Formulário de Solicitação de ANTIRRETROVIRAL + cópia da notificação + cópia dos documentos pessoais

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

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), anteriormente denominado medicamentos excepcionais, constitui uma importante estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Seu objetivo é garantir a integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, especialmente para doenças crônicas ou condições clínicas que demandam terapias de maior complexidade e elevado custo.

O município de Santo Antônio de Goiás desempenha o papel de intermediador entre os pacientes e a Regional de Saúde Central, localizada em Goiânia e vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), responsável pela aquisição, análise e disponibilização dos

medicamentos.

A solicitação dos medicamentos é realizada mediante abertura e encaminhamento formal de processo administrativo, ficando sob responsabilidade da SES-GO a avaliação, aprovação e liberação dos tratamentos solicitados.

O financiamento e a execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS estão regulamentados pela Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013, do Ministério da Saúde.

A dispensação dos medicamentos é realizada conforme critérios estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs), publicados pelo Ministério da Saúde. Esses protocolos orientam as linhas de cuidado para cada condição clínica, definindo as condutas terapêuticas mais adequadas com base nas melhores evidências científicas disponíveis, conforme preconizado na RENAME 2022.

ANEXO IV – RELAÇÃO MUNICIPAL DE INSUMOS

A. Relação Municipal de Insumos é constituída por produtos destinados à promoção e recuperação da saúde da população. O financiamento dos insumos complementares voltados aos usuários insulino-dependentes é de responsabilidade compartilhada entre o Estado e os municípios, sendo previsto o investimento de R\$ 0,50 (cinquenta centavos) por habitante/ano por cada esfera de gestão. Esses valores já estão incorporados aos recursos destinados ao componente básico estratégico da assistência farmacêutica

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO/COMPOSIÇÃO	FORMA FARMACÊUTICA DESCRIÇÃO
DISPOSITIVO INTRAUTERINO PLÁSTICO COM COBRE	-	MODELO T380MM
AGULHA PARA CANETA APLICADORA DE INSULINA	32GX 4MM	UNIDADE
LANCETAS PARA PUNÇÃO DIGITAL	-	UNIDADE
PRESERVATIVO MASCULINO	-	160 MM X 52 MM
SERINGAS COM AGULHA ACOPLADA PARA APLICAÇÃO DE INSULINA	13 X 0,45 MM/ 1 ML	UNIDADE



TIRAS REAGENTES DE MEDIDA DE GLICEMIA CAPILAR	-	UNIDADE
---	---	---------

ANEXO V – RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALAR

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

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO/ COMPOSIÇÃO	FORMA FARMACÊUTICA / DESCRIÇÃO
ACIDO ASCORBICO	100 MG/ ML-AMPOLA 3 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
ACIDO TRANEXAMICO	250 MG/5ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
AMINOFILINA	24 MG/ML – AMPOLA 10ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
AMIODARONA	50 MG/ML – AMPOLA 3ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
ATROPINA, SULFATO	0,25 MG/ML – AMPOLA 1ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
AMBROXOL , CLORIDRATO	15 MG/5 ML DE 100 ML..	VIA ORAL
AMBROXOL , CLORIDRATO	30 MG/5 ML DE 100 ML..	VIA ORAL
BENZILPENICILINA BENZATINA	1.200.000UI	SOLUÇÃO INJETÁVEL
BENZILPENICILINA BENZATINA	600.000 UI	SOLUÇÃO INJETÁVEL
BICARBONATO DE SODIO	8.4% 10ML – AMPOLA	SOLUÇÃO INJETÁVEL
BROMOPRIDA	5 MG/ ML- AMPOLA 2 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
ESCOPOLAMINA + DAPIRONA	4 MG+500 MG/ML – AMPOLA 5ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
ESCOPOLAMINA.	20 MG/ML – AMPOLA 1ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
CEFTRIAXONA	1 G IV/IM FR/AMPOLA	SOLUÇÃO INJETÁVEL
CEFEPIMA, DE CLORIDRATO	2G- AMPOLA 3 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
CETOPROFENO	50 MG/ML – AMPOLA 2ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
CIMETIDINA	150MG/ML- AMPOLA 2 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
CLORETO DE POTASSIO	19% - AMPOLA 10ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
CLORANFENICOL.	500 MG IV/IM FR/AMPOLA	SOLUÇÃO INJETÁVEL
CLONIDINA, CLORIDRATO	0,100 MG- COMP	VIA ORAL
CLONIDINA, CLORIDRATO	0,150 MG- COMP	VIA ORAL
CLONIDINA, CLORIDRATO	0,200 MG- COMP	VIA ORAL

CARVÃO ATIVADO	250GR- PÓ.	VIA ORAL
CAPTOPRIL	25 MG/ COMP	VIA ORAL
CLOPIDOGREL	75 MG – COMP	VIA ORAL
CLORIDRATO DE CLOPROMAZINA	5 MG/ ML- AMPOLA 5 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
DESLANOSIDEO	0.2 MG/ML – AMPOLA 2ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
DEXAMETASONA	4 MG/ML – AMPOLA 2,5ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
DICLOFENACO DE SODIO	25 MG/ML –AMPOLA 3 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
DIMINIDRINATO + PIRIDOXINA	50 MG+50 MG -AMPOLA 1ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
DIPIRONA SODICA	500 MG/ML IV/IM – AMPOLA 2ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
DOBUTAMINA	12,5 MG/ML AMPOLA 20ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
DIAZEPAM	5MG/ML- AMPOLA 2ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
ENOXAPARINA	40 MG SERINGA PREENCHIDA	SUBCUTÂNEO
EPINEFRINA /ADRENELINA	1 MG/ML IV/IM/SC – AMPOLA 1ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
ETILEFRINA, CLORIDRATO	0,2 MG/ ML- AMPOLA 1 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL

ESCETAMINA (CLORIDRATO)	50MG/ML- AMPOLA 2ML.	SOLUÇÃO INJETÁVEL
FITOMENADIONA VIT. K	10 MG/ML AMPOLA 1ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
FUROSEMIDA	10 MG/ML – AMPOLA 2ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
FENITOINA	50 MG /ML- AMPOLA 5ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
FENOBARBITAL SODICO	200 MG/ML AMPOLA 2 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
FENTANILA	50MG/ ML- AMPOLA 3 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
FENTANILA	0,05 MG/ML- AMPOLA 10 ML.	SOLUÇÃO INJETÁVEL
FLUMAZENIL	0,1 MG/ ML- AMPOLA 5 ML .	SOLUÇÃO INJETÁVEL
GENTAMICINA	20 MG/ML AMPOLA 1ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
GENTAMICINA	40 MG/ML AMPOLA 2ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
GLICOSE	25% - AMPOLA 10ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
GLICOSE.	50% - AMPOLA 10ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
GLICERINA	12% / 500ML	VIA RETAL
HEPARINA	5000UI/ML – AMPOLA 5ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
HIDRALAZINA	20 MG/ML AMPOLA 1ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
HIDROCORTISONA,	100 MG FR/AMPOLA	SOLUÇÃO INJETÁVEL
HIDROCORTISONA,	500 MG FR/AMPOLA	SOLUÇÃO INJETÁVEL
HALOPERIDOL	5MG/ML. AMPOLA 1 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
HALOPERIDOL DECANOATO	50MG/ML- AMPOLA 1 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
ISOSSORBIDA, DINITRATO	5 MG- COMP SUBLINGUAL	VIA ORAL
LIDOCAINA.	2% S/VASO 20ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
LACTULOSE	667MG/ML- FRASCO	XAROPE

MANITOL	20% FRASCO 250 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
MIDAZOLAN	5MG/ML 10ML..	SOLUÇÃO INJETÁVEL
MORFINA (SULFATO)	10MG/ML AMPOLA 1ML.	SOLUÇÃO INJETÁVEL
NOREPINEFRINA,	2 MG/ML – AMPOLA 4ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
OCITOCINA	5 UI/ ML - AMP OLA 1 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
OMEPRAZOL	40 MG FRASCO-AMPOLA	SOLUÇÃO INJETÁVEL
ONDANSETRONA, CLORIDRATO	2 MG/ML – AMPOLA 2ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
OLEO DE GIRASOL	100%. 200 ML- FRASCO	USO TOPICO
OLEO MINERAL	100%. 100 ML- FRSCO	USO ORAL
PROMETAZINA, CLORIDRATO	25 MG/ML – AMPOLA 2ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
PROPOFOL	10 MG/ML - FR AMP 20 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
RINGER COM LACTATO	500ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
SALBUTAMOL, SULFATO	2 MG/5 ML- FRASCO	USO ORAOL
SIMETICONA	75MG/ML- FRASCO	USO ORAL
SIMETICONA	40 MG- COMP	USO ORAL
SORO FISIOLÓGICO	0,9% - 100ML FRASCO	SOLUÇÃO INJETÁVEL
SORO FISIOLÓGICO	0,9% - 250ML FRASCO	SOLUÇÃO INJETÁVEL
SORO FISIOLÓGICO	0,9% - 500ML FRASCO	SOLUÇÃO INJETÁVEL
SORO GLICOFISIOLÓGICO	500ML FRASCO	SOLUÇÃO INJETÁVEL
SORO GLICOSADO	5%- 250ML FRASCO	SOLUÇÃO INJETÁVEL
SORO GLICOSADO	5%- 500ML FRASCO	SOLUÇÃO INJETÁVEL
SULFATO DE MAGNESIO	10% AMPOLA 10ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
TRAMADOL, CLORIDRATO	50 MG/ ML- AMPOLA 2ML.	SOLUÇÃO INJETÁVEL
VITAMINA COMPLEXO B	AMPOLA 2ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Bulário Eletrônico. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/sistemas/bulario-eletronico>

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 169/2022 – CGAFB/DAF/SCTIE/MS. Distribuição e critérios para dispensação das canetas aplicadoras de insulina humana NPH, Regular e agulhas inoxidável para caneta aplicadora.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3435, de 8 de Dezembro de 2021. 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 2020.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf>