

PORTARIA nº 011, de 16/05/2025.

Dispõe sobre as diretrizes de Padronização, Prescrição e Dispensação de medicamentos e a instituição da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), no âmbito das unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS, sob gestão da Prefeitura Municipal de Aracruz.

A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARACRUZ, no uso de suas atribuições legais, conferidas pelo artigo 55, inciso II, IV e parágrafo único, da Lei Orgânica Municipal e artigo 174, da Lei Municipal nº 2.895, de 30/06/2006;

Considerando que o Serviço de Assistência Farmacêutica tem por objetivo fornecer medicamentos básicos essenciais e previstos nos diversos Programas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Aracruz, de forma a viabilizar o tratamento instituído, tendo em vista melhorar a resolutividade da assistência à saúde;

Considerando a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei Federal nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos; e o Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974, que a regulamenta;

Considerando a Lei Federal nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que altera a Lei nº 6.360/1976 para dispor sobre medicamentos genéricos e a utilização de denominações genéricas em produtos farmacêuticos;

Considerando a Resolução RDC nº 84, de 19 de março de 2002, da ANVISA, que estabelece os critérios para a prescrição e dispensação de medicamentos genéricos;

Considerando a Portaria nº 3.916/GM, de 30 de outubro de 1998, que aprova a Política Nacional;

Considerando a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a

controle especial, e suas atualizações posteriores de Medicamentos;

Considerando a Portaria Estadual SESA/IESP nº 084-R, de 29 de outubro de 2007, que homologa a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e Medicamentos Excepcionais;

Considerando o Decreto Estadual nº 1.956-R, de 31 de outubro de 2007, que aprova a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo e dá outras providências;

Considerando a RDC nº 20, de 17 de junho de 2011, que estabelece os procedimentos relativos ao controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação;

Considerando a Portaria nº 1.555, de 30 de junho de 2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do componente básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Resolução CIB nº 200, de 2013, que aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde no estado do Espírito Santo;

Considerando a necessidade de estabelecer normas relativas ao fornecimento dos medicamentos e a necessidade de garantir maior segurança aos profissionais e aos pacientes quanto aos processos de prescrição e dispensação de medicamentos;

Considerando os Códigos de Ética que regulamentam o exercício profissional de Enfermagem, Farmácia, Medicina e Odontologia.

RESOLVE

Art. 1º - Definir novas diretrizes de padronização, prescrição e dispensação de medicamentos no âmbito das unidades integrantes do Sistema Único de Saúde sob gestão da Prefeitura Municipal de Aracruz, nos termos do anexo I que integra a presente Portaria.

Art. 2º – Instituir, no âmbito das unidades integrantes do Sistema Único de Saúde sob gestão da Prefeitura Municipal de Aracruz, na forma de anexo II desta

Portaria, a **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)**, elaborada pela equipe de Gerência de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde.

§ 1º – A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) será utilizada como instrumento orientador de seleção de medicamentos nas unidades integrantes do Sistema Único de Saúde, sob gestão da Prefeitura Municipal de Aracruz e norteadora das políticas públicas e privadas na área farmacêutica.

§ 2º - A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) poderá ser alterada, a qualquer tempo, através de sugestões devidamente registradas no **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA REMUME** (Anexo III), obedecendo as necessidades das unidades integrantes do Sistema Único de Saúde sob gestão da Prefeitura Municipal de Aracruz e as orientações do Ministério da Saúde, Secretária Estadual de Saúde e CIB – Comissão Intergestores Bipartite.

Art. 3º – Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rosiane Scarpatt Toffoli
Secretária Municipal de Saúde
Decreto nº 40.394 de 09/04/2025

ANEXO I

Das Diretrizes de Padronização, Prescrição e Dispensação de medicamentos no âmbito das unidades integrantes do Sistema Único de Saúde, sob gestão da Prefeitura Municipal de Aracruz.

1 Padronização

1.1 A Secretaria Municipal de Saúde, através da equipe de Coordenação de Assistência Farmacêutica, atualizou a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), pactuando um elenco de **278 medicamentos** na Assistência Farmacêutica Básica. Foram usadas como base a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e Excepcionais (REMEME 2024) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME 2024), que atendem a maioria das necessidades da população que utilizam os serviços de saúde da atenção básica.

1.1.1 Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) de Aracruz – ANEXO II

1.1.2 Cada medicamento foi designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) acompanhado de apresentação farmacêutica e concentração, e estão descritos em ordem alfabética.

1.1.3 A REMUME 2025 é composta por todos os medicamentos utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, oriundos de aquisição direta ou de repasses dos programas estratégicos do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde. Compõe-se ainda de saneantes e alguns correlatos utilizados pela rede municipal.

1.1.4 Esta lista padronizada de medicamentos destina-se à dispensação aos pacientes e ao uso nas Unidades da Rede Municipal de Saúde de Aracruz, sendo disponibilizados conforme o perfil assistencial das mesmas. Deste modo, este instrumento tem caráter delineador de condutas profissionais pautadas na melhor evidência, buscando a garantia de acesso aos medicamentos e, por fim, almejando o uso seguro e racional dos mesmos.

1.1.5 Para atualização da REMUME, o profissional deverá preencher o formulário constante no Anexo III, descrevendo as evidências clínicas e/ou econômicas que justifiquem a solicitação (eficácia, efeitos colaterais, contraindicações, precauções, toxicidade, custo/benefício, custo médio do tratamento, etc.) com as referências bibliográficas. Este formulário deverá ser enviado à equipe de Coordenação de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde para avaliar e deliberar sobre a inclusão e/ou exclusão de qualquer item.

Prescrição

2.1 No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as prescrições devem adotar, obrigatoriamente, a Denominação Comum Brasileira – DCB (ou seja, o nome genérico da substância ativa), instituída pela Portaria nº 1.179, de 17 de junho de 1996 da ANVISA – ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI), conforme determina o art. 3º da Lei Federal nº 9.787/1999;

2.1.1 A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) deve ser norteadora das prescrições de medicamentos na rede de serviços municipal do SUS;

2.2 A prescrição deverá ser emitida em duas vias, em língua portuguesa clara e compreensível, por extenso, com letra legível, observando-se a nomenclatura e o sistema oficial de pesos e medidas, conforme disposto no artigo 35 da Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que regula o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e seu regulamento, o Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974.

I - nome do paciente;

II - nome do medicamento e concentração;

III - posologia e quantidade a ser dispensada;

IV - nome do profissional prescritor, com o respectivo carimbo contendo o número de registro no conselho da classe;

V - endereço do consultório e/ ou da residência;

VI - data e assinatura.

2.3 A prescrição não poderá conter rasuras;

- Dos medicamentos controlados - Portaria nº 344/98

2.3.1 A prescrição de medicamentos sujeitos a controle especial poderá ser feita por período equivalente a 2 (dois) meses;

2.3.2 Os medicamentos contendo substâncias da Lista B1 deverão ser prescritos em receituário em duas vias acompanhados de Notificação de Receita B.

2.3.3 Um mesmo receituário poderá conter os medicamentos das listas C1 e B1 (acompanhados da notificação de receita B).

2.3.4 Os modelos de receituários de medicamentos controlados devem ser exatamente iguais aos descritos na Portaria 344/98.

2.4 – A prescrição de enfermagem somente será realizada se a ação e o medicamento estiverem previamente definidos em protocolo legitimado pelo município (e/ou Ministério da Saúde).

2.5 – cabe ao prescritor definir se o medicamento é de uso contínuo, devendo, obrigatoriamente, registrar o termo uso contínuo ao lado do nome do medicamento em questão.

2.5.1– as prescrições de uso contínuo têm validade de no máximo 180 (cento e oitenta) dias, conforme avaliação clínica do paciente.

2.5.2 – Prescrições de enfermagem terão validade de 90 (noventa) dias.

Dispensação

2.6 Os medicamentos padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde serão fornecidos gratuitamente aos pacientes residentes no município de Aracruz, que disponham de receituários oriundos do SUS ou de serviços particulares.

2.7 O fornecimento dos medicamentos se realizará através das 20 (vinte) unidades de dispensação de medicamentos existentes no município, sendo:

- Farmácia Básica -CSA;
- Farmácia /Dispensário UBS Barra do Riacho;
- Farmácia /Dispensário UBS Barra do Sahy;
- Farmácia /Dispensário UBS Bela Vista;
- Farmácia /Dispensário UBS Coqueiral;
- Farmácia /Dispensário UBS Guaraná;
- Farmácia /Dispensário UBS Guaxindiba;
- Farmácia /Dispensário UBS Jacupemba;
- Farmácia /Dispensário UBS Mar Azul;
- Farmácia /Dispensário UBS Morobá;
- Farmácia /Dispensário UBS Mambrini;
- Farmácia /Dispensário Ponto de Apoio Praia Formosa;
- Farmácia /Dispensário UBS Sauê;

- Farmácia /Dispensário UBS Santa Cruz;
- Farmácia /Dispensário UBS Santa Rosa;
- Farmácia /Dispensário UBS Vila do Riacho;
- Farmácia /Dispensário UBS Vila Rica (Atenção Primária);
- Farmácia / Dispensário PA Vila Rica (Atenção Secundária);
- Farmácia /Dispensário UBS Vila Rica (Atenção Primária);
- Farmácia de Referência para Medicamentos de Programas CTA/CSA (Atenção Secundária).

2.8 A dispensação de medicamentos nas unidades dispensadoras somente ocorrerão mediante a apresentação do cartão cidadão ou documento de identificação e do receituário, prescrito de acordo com o disposto no item 2.

2.8.1 É vedado o atendimento de receituários contendo rasuras.

2.9 O dispensador deve registrar, no receituário, a quantidade do medicamento que foi dispensado, o número do cartão cidadão do paciente, a data do atendimento e seu nome de forma legível.

2.9.1 A primeira via do receituário deve ser devolvida ao usuário e a segunda via deve ficar retida na farmácia e encaminhada para o núcleo de Assistência Farmacêutica no fim de cada mês, acompanhado do mapa de movimentação e balanço, onde será arquivada para fins administrativos.

2.10 Será fornecida quantidade de medicamento de uso contínuo para um período máximo de 30 (trinta) dias de tratamento, ficando a critério do farmacêutico a reavaliação dos casos em acompanhamento farmacoterapêutico.

2.10.1 Para o fornecimento de medicamentos de uso contínuo, o usuário deverá utilizar a 1ª via do receituário para retirar o(s) medicamento(s) mensalmente, durante o prazo estabelecido pelo prescritor, desde que não exceda 180 (cento e oitenta) dias, onde será registrada a entrega e solicitado ao paciente um novo receituário para os próximos meses.

2.10.2 Quando a prescrição for superior a 30 (trinta) dias, o paciente deverá retornar à Farmácia da unidade de saúde, para receber nova quantidade de medicamentos, com o mesmo receituário, sem necessidade de passar por nova consulta. Nesses casos, os pacientes devem retornar no mês seguinte com a prescrição original, acompanhada de uma cópia, para receber o que ainda falta para o fim do tratamento, ou quantidade para mais 30 (trinta) dias.

2.10.2.1 Os pacientes deverão trazer junto com a receita original

uma cópia da mesma, para retirada dos medicamentos de uso contínuo.

2.10.3 Quando se tratar de medicamento que a unidade de saúde de origem não dispõe temporariamente, o responsável pela farmácia deverá averiguar a disponibilidade do item em outra farmácia da rede e orientar o usuário a apresentar-se à farmácia contatada, com o receituário e o cartão do cidadão.

2.10.4 O fornecimento de medicamentos de uso contínuo aos pacientes atendidos em Pronto Atendimento (PA), ou Hospital, deverá ser para 30 (trinta) dias, devendo o paciente ser encaminhado a Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua área de abrangência para acompanhamento.

2.11 Os medicamentos utilizados para realizar curativos, os injetáveis e aqueles utilizados para inalação, serão administrados na própria unidade de saúde e não serão fornecidos aos pacientes, devendo estes retornar para cada administração, mediante a apresentação do receituário. Nesse caso excetuam-se as insulinas.

3.6.1 Nos casos em que houver supervisão da equipe com relação ao atendimento domiciliar e em situações especiais, os medicamentos para inalação, curativos e injetáveis poderão ser fornecidos para uso na residência.

2.12 No caso de medicamentos prescritos “se necessário”, “se dor”, “se febre”, “01 caixa”, como por exemplo, Dipirona gotas e Diclofenaco 50 mg, em que não há especificado na prescrição o tempo de tratamento, serão fornecidos respectivamente 01 (um) frasco e/ou 10 (dez) comprimidos/ cápsulas.

2.13 As demais prescrições de medicamentos utilizados para tratamento de doenças agudas serão dispensadas/fornecidas para um prazo máximo de 07 (sete) dias de tratamento, obedecendo-se a posologia especificada na prescrição, salvo em situações justificadas clinicamente pelo prescritor, no verso da receita a ser retida na farmácia (2º via da receita) e avaliadas pelo farmacêutico, exceto:

2.13.1 As prescrições de antibióticos utilizados no tratamento de doenças agudas, que deverão ser fornecidas para um prazo máximo de 14 (quatorze) dias de tratamento, salvo em situações justificadas clinicamente pelo prescritor, no verso da receita a ser retida na farmácia (2º via da receita) e avaliadas pelo farmacêutico.

2.14 De acordo com a RDC 20/2011, os receituários de antimicrobianos terão validade para a dispensação de 10 (dez) dias, a partir da data de emissão.

2.15 Os receituários de anticoncepcionais terão validade de 12 (doze) meses.

2.16 A validade dos receituários dos demais medicamentos será de 10 (dez) dias a partir da data de emissão, cabendo ao farmacêutico responsável avaliar a possibilidade de dispensação após o vencimento dos mesmos.

2.17 – Da dispensação dos medicamentos controlados – Portaria 344/98

2.17.1 A dispensação de medicamentos controlados se dará exclusivamente nas Farmácia Básica, Farmácia UBS Guaxindiba, Farmácia UBS Bela vista, Farmácia UBS Jacupemba ,Farmácia UBS Barra do Riacho, e Farmácia UBS Coqueiral e Farmácia Santa Cruz, e somente ocorrerá mediante cumprimento do item 2.4.

2.17.2 A quantidade dispensada dos medicamentos controlados de uso contínuo será no máximo para 60 (sessenta) dias de tratamento, devidamente registrados e controlados através de fichas de acompanhamento do paciente na farmácia.

2.17.3 A validade dos receituários de medicamentos controlados será de 30 (trinta) dias a partir da data de emissão.

Das Disposições Finais

4.1 Fica vetada a dispensação/fornecimento de medicamentos para menores de 12 (doze) anos desacompanhados.

4.2 Para dispensação/fornecimento de medicamentos psicotrópicos e sujeitos a controle especial, a idade mínima de 18 (dezoito) anos será exigida, conforme a legislação federal.

4.3 A responsabilidade pelo fornecimento de receituário em duas vias ao usuário é da instituição que está prestando o atendimento.

4.4 Fica proibida a dispensação do (s) medicamento(s) cujo receituário não obedeça (m) os critérios citados nesta Portaria.

4.5 Caberá à equipe de Coordenação de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde decidir sobre os casos que não se incluam nesta Portaria.

ANEXO II

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), no âmbito das unidades integrantes do Sistema Único de Saúde sob gestão da Prefeitura Municipal de Aracruz.

REMUME 2025				
1	Acebrofilina	Xarope 10 mg/ml	1	*
2	Acebrofilina	xarope 5mg/ml frasco	1	
3	Aciclovir	comprimido 200 mg	1	
4	Ácido acetilsalicílico	100 mg tamponado	1	*
5	Ácido acetilsalicílico	comprimido 100 mg	1	
6	Ácido fólico	comprimido 5 mg	1	
7	Acido Folínico	15 mg	1	*
8	Adenosina	solução injetável 3mg/ml	4-9	
9	Água destilada	frasco 500ml	4-9	
10	Água destilada	frasco 100ml	4 -9	
11	Agua para injeção	ampola 10ml	4 -9	
12	Albendazol	comprimido 400mg	1	
13	Albendazol	40 mg/ml suspensão oral	1	*
14	Alendronato de Sódio	comprimido 70mg	1	
15	Alopurinol	comprimido 100 mg	1	
16	Aminofilina	solução injetável 24mg/ml	4 -9	
17	Amiodarona	solução injetável 50mg/ml	4 -9	
18	Amiodarona, Cloridrato	comprimido 200 mg	1	
19	Amitriptilina, Cloridrato	comprimido 25 mg	2 – 7	
20	Amoxicilina	cápsula ou comprimido 500 mg	1	
21	Amoxicilina	pó para suspensão oral 50 mg/mL	1	
22	Amoxicilina + Clavulanato	cápsula 500 mg + 125 mg	1	
23	Amoxicilina + Clavulanato	suspensão oral 50 mg + 12,5 mg/mL	1	
24	Anlodipino, Besilato	comprimido 5mg	1	
25	Anlodipino, Besilato	comprimido 10 mg	1	

26	Atenolol	comprimido 50 mg	1	
27	Atorvastatina Calcica	Comprimido 20 mg	1	*
28	Atropina, Sulfato de	solução injetável 0,25mg/ml	4 -9	
29	Azitromicina	comprimido 500 mg	1	
30	Azitromicina	suspensão 40mg/ml	1	
31	Beclometasona, Dipropionato	aerossol 50 mcg/dose- nasal	1	
32	Beclometasona, Dipropionato	aerossol 250 mcg/dose- oral	1	
33	Benzilpenicilina benzatina	pó para suspensão injetável 600.000 UI	4 - 9	
34	Benzilpenicilina benzatina	pó para suspensão injetável 1.200.000 UI	4 - 9	
35	Benzilpenicilina procaína +Benzilpenicilina potássica	suspensão injetável 300.000 UI + 100.000UI	4 - 9	
36	Betametasona, dipropionato + betametasona, fosfato	solução injetável 5mg/ml + 2mg/ml	9	
37	Bicarbonato de sódio	solução injetável 8,4% - frasco 250ml	4 -9	
38	Bicarbonato de sódio	solução injetável 8,4% - ampola 10ml	4 -9	
39	Biperideno, Cloridrato	comprimido 2 mg	2 – 7	
40	Biperideno, Lactato	solução injetável 5 mg/mL	4 – 7 - 9	
41	Bromazepam	comprimido 6 mg	2 – 6	
42	Bromoprida	solução oral 4 mg/mL	1	
43	Bromoprida	comprimido 10mg	1	
44	Bromoprida	solução injetável 10mg/ml	4 - 9	
45	Captopril	comprimido 25 mg	1	
46	Carbamazepina	comprimido 200 mg	2 – 7	
47	Carbamazepina	xarope 20 mg/mL	2 – 7	
48	Carbonato de Cálcio + vitamina D	1.500 mg (600 mg de cálcio) + 400 unidades Internacionais	1-8	* Prescrições reumatológicas.
49	Carbonato de Cálcio	comprimido 1250mg (eq. 500Mg Ca++)	1	
50	Carbonato de Lítio	comprimido 300 mg	2 – 7	
51	Carvão ativado	pó para uso oral	4-9	
52	Carvedilol	comprimido 12,5mg	1	
53	Carvedilol	comprimido 3,125mg	1	
54	Cefalexina (sódica ou cloridrato)	cápsula 500 mg	1	

55	Cefalexina (sódica ou cloridrato)	suspensão oral 50 mg/mL	1	
56	Cefalotina	pó para solução injetável 1g	9	
57	Ceftriaxona sódica	pó para solução injetável 1 g	4 - 9	
58	Cetoconazol	comprimido 200mg	1	
59	Cetoconazol	creme 20mg/g	1	
60	Cetoprofeno	solução injetável 100mg endovenosa	9	
61	Cimetidina	solução injetável 150mg/ml	9	
62	Cinarizina	comprimido 75mg	1	
63	Ciprofloxacino, Cloridrato	comprimido 500 mg	1	
64	Citalopram	comprimido 20mg	2 – 7	
65	Claritromicina	500mg	1	*
66	Clobetasol, Propionato	creme 0,5 mg/g	1	
67	Clomipramina, Cloridrato	comprimido 25 mg	2 – 7	
68	Clonazepam	comprimido 0,5 mg	2 – 6	
69	Clonazepam	comprimido 2 mg	2 – 6	
70	Clonazepam	solução oral 2,5mg/ml	2 – 6	
71	Clonidina, Cloridrato	comprimido 100mcg	2 – 8	Uso restrito pacientes renais crônicos.
72	Clonidina, Cloridrato	comprimido 150mcg	2 – 8	Uso restrito pacientes renais crônicos.
73	Clopidogrel	comprimido 75mg	9	
74	Cloreto de potássio	solução injetável 10%	4-9	
75	Cloreto de Sódio	solução para nebulização 0,9%	4-9	
76	Cloreto de Sódio	solução injetável 0,9% - ampola 10ml	4-9	
77	Cloreto de sódio	solução injetável 0,9% - frasco 100 ml	4-9	
78	Cloreto de Sódio	solução injetável 0,9% - frasco 250ml	4-9	
79	Cloreto de Sódio	solução injetável 0,9% - frasco 500ml	4-9	
80	Cloreto de sódio	solução injetável 20% - ampola 10ml	9	
81	Cloreto de sódio + Benzalcônio	solução nasal 0,9% + 0,01%	1	
82	Clorpromazina, Cloridrato	comprimido 25 mg	2 – 7	
83	Clorpromazina, Cloridrato	comprimido 100 mg	2 – 7	

84	Clorpromazina, Cloridrato	solução oral 40 mg/mL	2 – 7	
85	Clorpromazina, Cloridrato	solução injetável 5 mg/mL	4 – 7 - 9	
86	Compostos de alumínio e magnésio	suspensão oral	1	
87	Dapagliflozina	10 mg	1	*
88	Deslanosídeo	solução injetável 0,2mg/ml	9	
89	Dexametasona	Elixir 0,1 mg/ml	1	*
90	Dexametasona	creme 0,1%	1	
91	Dexametasona	comprimido 4mg	1	
92	Dexametasona	solução injetável 4mg/ml	1	
93	Dexametasona + neomicina	solução oftálmica 0,1% + 0,35%	1	
94	Dexclorfeniramina	2 mg	1	*
95	Dexclorfeniramina	0,4 mg xarope	1	*
96	Diazepam	comprimido 10 mg	2 – 6	
97	Diazepam	solução injetável 5 mg/mL	4 – 6 - 9	
98	Diclofenaco	solução injetável 25 mg/mL	4 -9	
99	Diclofenaco de Potássio	comprimido 50mg	1	
100	Difenidramina, cloridrato	solução injetável 50mg/ml	9	
101	Digoxina	comprimido 0,25 mg	1	
102	Dipirona sódica	comprimido 500mg	1	
103	Dipirona sódica	solução oral 500mg/ml	1	
104	Dipirona sódica	solução injetável 500mg/mL	1 – 4	
105	Dispositivo intra-uterino modelo T	380 mm2 de cobre	3	Contraceptivo enviado pelo Estado e disponível na Unidade de Saúde de referência do paciente.
106	Divalproato de sódio	comprimido 250mg	2 – 7	
107	Dobutamina	solução injetável 12,5mg/ml	4 -9	
108	Domperidona	suspensão oral 1mg/mL	1	
109	Dopamina, Cloridrato	solução injetável 5mg/mL	4 -9	
110	Doxasozina	comprimido 2mg	1	
111	Doxiciclina, Cloridrato	comprimido 100 mg	1	

112	Enalapril, Maleato	comprimido 10 mg	1	
113	Enalapril, Maleato	comprimido 20 mg	1	
114	Epinefrina	solução injetável 1mg/ml	4 -9	
115	Escopolamina, Butilbrometo	solução injetável 20 mg/mL	4 - 9	
116	Escopolamina, Butilbrometo	comprimido 10mg	1	
117	Escopolamina, Butilbrometo	solução oral 10 mg/mL	1	
118	Escopolamina, Butilbrometo + dipirona sódica	solução injetável 4mg/ml + 500mg/ml	9	
119	Espironolactona	comprimido 25 mg	1	
120	Estriol	creme 1mg/g	1	
121	Etinilestradiol + Levonorgestrel	comprimido 0,03 mg + 0,15 mg	1 - 10	Medicamento enviado pelo Estado e disponível na Unidade de Saúde de referência do paciente.
122	Escitalopram	Comprimido 10 mg	2	
123	Etomidato	solução injetável 2mg/ml – ampola 10ml	4-9	
124	Fenitoína sódica	comprimido 100 mg	2 – 7	
125	Fenitoína sódica	solução injetável 50 mg/mL	4-7-9	
126	Fenobarbital	comprimido 100 mg	2 – 7	
127	Fenobarbital	solução injetável 100 mg/mL	4-7-9	
128	Fenobarbital	solução oral 40 mg/mL	2 – 7	
129	Fenoterol, Bromidrato	solução inalante 5mg/mL	4	
130	Fentanila	solução injetável 0,05mg/ml – ampola 2ml	9	
131	Fentanila	solução injetável 0,05mg/ml – ampola 10ml	9	
132	Fitomenadiona	solução injetavel 10mg/ml - intramuscular	9	
133	Fluconazol	cápsula 150 mg	1	
134	Flumazenil	solução injetável 0,1mg/ml	9	
135	Fluoxetina	cápsula 20 mg	2 – 7	
136	Fosfato de sodio monobasico + fosfato de sodio dibasico	solução retal 16mg/ml + 60mg/ml	9	
137	Furosemida	comprimido 40 mg	1	
138	Furosemida	solução injetável 10 mg/mL	4 -9	
139	Guaco	0,5 mg/ml	1	*

140	Glicerina 95%	supositório infantil	9	
141	Glicerina 95%	supositório adulto	9	
142	Glibenclamida	comprimido 5 mg	1	
143	Gliclazida	comprimido 30mg	1	
144	Gliclazida	comprimido 60mg	1	
145	Glicazida	Comprimido 80 mg	1	*
146	Glicose	solução injetável 5% - frasco 250ml	4 -9	
147	Glicose	solução injetável 5% - frasco 500ml	4 -9	
148	Glicose	solução injetável 10% - frasco 250ml	4-9	
149	Glicose	solução injetável 50%	4 -9	
150	Glimepirida	comprimido 2mg	1	
151	Gluconato de cálcio	solução injetável 10%	4 -9	
152	Haloperidol	comprimido 1 mg	2 – 7	
153	Haloperidol	comprimido 5 mg	2 – 7	
154	Haloperidol	solução oral 2 mg/mL	2 – 7	
155	Haloperidol	solução injetável 5 mg/mL	4 – 7	
156	Haloperidol, Decanoato	solução injetável 50 mg/mL	2 – 4 - 7	
157	Heparina	solução injetável 5.000 UI/5ml	9	
158	Hidralazina	solução injetável 20mg/ml	9	
159	Hidralazina	25 mg	1	*
160	Hidroclorotiazida	comprimido 25 mg	1	
161	Hidrocortisona, Acetato	creme 1%	1	
162	Hidrocortisona, Succinato	pó para solução injetável 100mg	4 -9	
163	Hidrocortisona, Succinato sódico	pó para solução injetável 500 mg	4 -9	
164	Hipromelose	solução oftálmica 0,5%	1	
165	Ibuprofeno	solução oral 100 mg/mL	1	*
166	Ibuprofeno	comprimido 600 mg	1	*
167	Ibuprofeno	solução oral 50mg/ml	1	
168	Imipramina	comprimido 25mg	2 – 7	
169	Insulina humana NPH	suspensão injetável 100 UI/mL	1 - 10	Medicamento enviado pelo

				Estado e disponível na Unidade de Saúde de referência do paciente.
170	Insulina humana regular	solução injetável 100 UI/mL	1 - 10	Medicamento enviado pelo Estado e disponível na Unidade de Saúde de referência do paciente.
171	Ipratrópio, Brometo	solução inalante 0,25 mg/mL	4 -9	
172	Isossorbida, Dinitrato	comprimido sublingual 5 mg	4 -9	
173	Isossorbida, Mononitrato	comprimido 20 mg	1	
174	Itraconazol	comprimido 100mg	2-3	Uso restrito para tratamento de esporotricose humana.
175	Ivermectina	comprimido 6 mg	1	
176	Levodopa + Benserazida	comprimido 200mg + 50mg	1	
177	Levodopa + Carbidopa	comprimido 250 mg + 25 mg	1	
178	Levomepromazina	40 mg/ml solução oral	2-7	*
179	Levomepromazina	comprimido 100mg	2 – 7	
180	Levonorgestrel	2 comprimidos de 0,75 mg	1 - 10	Medicamento enviado pelo Estado e disponível na Unidade de Saúde de referência do paciente.
181	Levotiroxina sódica	comprimido 25 mcg	1	
182	Levotiroxina sódica	comprimido 100 mcg	1	
183	Lidocaína, Cloridrato	solução injetável 2% (sem vasoconstritor) – frasco 20ml	1	
184	Lidocaína, Cloridrato	solução injetável 1% (sem vasoconstritor) – frasco 20ml	9	
185	Lidocaína, Cloridrato + Epinefrina	solução injetável 2% + 1:100.000 – frasco 20ml	9	
186	Lidocaína, Cloridrato	geléia 2%	9	
187	Lidocaína, Cloridrato	solução tópica spray 10% – frasco 50ml	9	
188	Loratadina	xarope 1mg/ml	1	
189	Loratadina	comprimido 10 mg	1	
190	Losartana Potássica	comprimido 50 mg	1	
191	Manitol	solução injetável 20%	9	
192	Medroxiprogesterona, Acetato	solução injetável 150 mg/mL	1	Medicamento enviado pelo Estado e disponível na

				Unidade de Saúde de referência do paciente.
193	Metformina	comprimido 500mg XR	1	*
194	Metformina, Cloridrato	comprimido 850 mg	1	
195	Metildopa	comprimido 500mg	1	
196	Metilprednisolona, Succinato sódico	pó liofilico injetável 500mg – frasco/ampola	9	
197	Metoclopramida, Cloridrato	comprimido 10 mg	1	
198	Metoclopramida, Cloridrato	solução injetável 5 mg/mL	4 - 9	
199	Metoprolol	25 mg	1	*
200	Metoprolol	solução injetável 1mg/ml	9	
201	Metronidazol	comprimido 250 mg	1	
202	Metronidazol	suspensão oral 40 mg/mL	1	
203	Metronidazol	creme vaginal 5%	1	
204	Miconazol, Nitrato	creme vaginal 2%	1	
205	Midazolam	solução injetável 5mg/ml	9	
206	Midazolam	solução injetável 1mg/ml	9	
207	Midazolan	comprimido 15mg	2 – 6	
208	Morfina	solução injetável 1mg/ml	9	
209	Naloxona	solução injetável 0,4mg/ml-	9	
210	Neomicina + Bacitracina	pomada 5 mg/g + 250 UI/g	1 – 4	
211	Nifedipino	comprimido retard 20mg	1	
212	Nimesulida	comprimido 100 mg	1	
213	Nistatina	suspensão oral 100000 UI/mL	1	
214	Nistatina	creme vaginal 25.000UI/g	1	
215	Nitrofurantoína	Comprimido 100 mg	1	* Uso restrito para gestantes.
216	Nitroglicerina	solução injetável 5mg/ml	9	
217	Nitroprussiato de sódio	solução injetável 25mg/ml	9	
218	Norepinefrina	solução injetável 2mg/ml	9	
219	Noretisterona	comprimido 0,35 mg	1 -10	Medicamento enviado pelo Estado e disponível na Unidade de Saúde de referência do

				paciente.
220	Noretisterona + Estradiol, valerato	solução injetável 50 mg + 5 mg	1 -10	Medicamento enviado pelo Estado e disponível na Unidade de Saúde de referência do paciente.
221	Oleo mineral	solução oral 100% - frasco 100 ml	9	
222	Omeprazol	cápsula 20mg	1	
223	Omeprazol	Pó liofilizado injetável 40mg	9	
224	Ondansetrona	solução injetável 2mg/ml	9	
225	Oxcarbazepina	comprimido 300mg	2 – 7	
226	Óxido de zinco	creme ou pomada	1 – 4	
227	Paracetamol	comprimido 500 mg	1	
228	Paracetamol	solução oral 200 mg/mL	1	
229	Paroxetina, Cloridrato	comprimido 20mg	2 – 7	
230	Pentoxifilina	comprimido 400mg	1	
231	Permetrina	Loção 5%	1	*
232	Permetrina	loção 1%	1	
233	Polimixina B + sulfato de neomicina + fluocinolona acetona + cloridrato de lidocaína	solução otológica 10.000 ui/ml + 3,500 mg/ml + 0,250 mg/ml + 20 mg/ml	1	*
234	Polivitaminico (A,B1,B2,B5,B6,C,D,E,H,PP)	solução oral	1	
235	Prednisolona, Fosfato sódico	solução oral 4,02 mg/mL (equivalente a 3mg/mL de prednisolona base)	1	
236	Prednisona	comprimido 5 mg	1	
237	Prednisona	comprimido 20 mg	1	
238	Pregabalina	75 mg	2-7	*
239	Prometazina, Cloridrato	comprimido 25 mg	1	
240	Prometazina, Cloridrato	solução injetável 25 mg/mL	4	
241	Propranolol	comprimido 40mg	1	
242	Protamina	solução injetável 1.000UI	9	
243	Proximetacaína	solução oftálmica 5mg/ml	9	
244	Ringer + Lactato	solução injetável	4	
245	Ringer simples	solução injetável – frasco 500ml	1	

246	Risperidona	comprimido 2mg	2 – 7	
247	Sais para reidratação oral	pó para solução oral	1	
248	Salbutamol, Sulfato	aerossol 100 mcg/dose	1	
249	Salbutamol, solução	solução para nebulização 5mg/ml	9	
250	Salbutamol, Sulfato	solução injetável 0,5mg/ml	9	
251	Secnidazol	comprimido 1g	1	
252	Sertralina, Coridrato	comprimido 50mg	2 – 7	
253	Simeticona	emulsão oral 75mg/ml	1	
254	Simeticona	comprimido 40mg	1	
255	Sinvastatina	comprimido 20 mg	1	
256	Sinvastatina	comprimido 40 mg	1	
257	Sulfametoxazol + Trimetoprima	comprimido 400 mg + 80 mg	1	
258	Sulfametoxazol + Trimetoprima	suspensão oral 40 mg/mL + 8 mg/mL	1	
259	Sulfato de magnésio	solução injetável 10%	9	
260	Sulfato de magnésio	solução injetável 50%	9	
261	Sulfato ferroso	comprimido 40 mg Fe++	1	
262	Sulfato ferroso	xarope 12,5mg/2,5ml	1	
263	Sulfato ferroso	solução oral 25 mg/mL Fe++	1	
264	Suxametônio, Cloreto	pó liofilico injetável 100mg – frasco/ampola	9	
265	Tetracaina, Cloridrato + Fenilefrina, Cloridrato	solução oftálmica 1% + 0,1%	9	
266	Tiabendazol	creme dermatológico 5%	1	
267	Tiamina	solução injetável 100mg/ml	9	
268	Timolol, Maleato	solução oftálmica 0,5%	2	
269	Tobramicina	3mg/ml	1	*
270	Tobramicina + dexametasona	0,3 mg + 0,1 mg	1	*
271	Tramadol, Cloridrato	solução injetável 50 mg/ml	9	
272	Valproato de sódio	solução oral ou xarope 57,6 (equivalente a 50 mg/mL de ácido valpróico)	2 – 7	
273	Valproato de sódio	cápsula 288 mg (eq. 250mg ác. Valpróico)	2 – 7	
274	Valsartana	160 mg	1	*

275	Varfarina	5 mg	1	*
276	Vitamina D gotas	1000 ui	1	*
277	Vitamina do complexo B	solução injetável	9	
278	Vitaminas do complexo B	comprimido c/ concentração min. de: B1-4mg; B2-2mg; B6-1mg; PP-10mg; B5-2mg	1-8	uso restrito pacientes renais crônicos e em tratamento de alcoolismo.
* Medicamentos incluídos na última revisão, em fase de aquisição para posterior disponibilização.				
	LEGENDA			
	1 - Medicamento disponível em todas as unidades de saúde			
	2 – Medicamento disponível na Farmácia Básica, Farmácia Bela Vista, Farmácia Barra do Riacho, Farmácia Coqueiral, Farmácia Guaxindiba, Farmácia Santa Cruz, Farmácia Jacupemba.			
	3 – Medicamento disponível na farmácia dos programas			
	4 – Medicamento de uso ambulatorial: uso exclusivo dentro da UBS			
	5 – Medicamento da lista 344/98 – Tipo A Receita de Controle Especial - (cor amarela)			
	6 – Medicamento da lista 344/98 – Tipo B Receita de Controle Especial – (cor azul)			
	7 – Medicamento da lista 344/98 – Lista C -Receita de Controle Especial em duas vias (cor branca)			
	8 – Medicamento de uso restrito conforme patologia			
	9 – Medicamento de uso exclusivo do Pronto Atendimento			
	10 -Responsabilidade. de aquisição e distribuição do Ministério da Saúde.			

ANEXO III

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS - REMUME

Tipo de proposta:

() inclusão () exclusão () alteração

Nome genérico e concentração: _____.

Forma farmacêutica :

() comprimido () cápsula () drágea () solução oral
() xarope () supositório () ampola () frasco-ampola
() creme () pomada () outra. Especificar: _____

Indicação terapêutica principal:

Justificativa terapêutica para a solicitação de inclusão/exclusão:

Evidências clínicas e/ou econômicas que justifiquem a solicitação (eficácia, efeitos colaterais, contra-indicações, precauções, toxicidade, custo/benefício, custo médio do tratamento, etc.) com as referências bibliográficas:

_____.

DADOS DO PROPONENTE

Nome: _____

Cargo/função: _____ CRM/CRO: _____

Instituição: _____ Data: _____

Carimbo/Assinatura*: _____

***Declaro total ausência de conflito de interesses com a indústria farmacêutica e de equipamentos.**