DOM DE PARATY

PARATY.RJ.GOV.BR

PARATY PREFEITURA com VOCÊ e por VOCÊ!

Quarta-feira, 11 de dezembro de 2024

Distribuição Eletrônica | Ano VIII | Edição nº 1686

Publicação Oficial do Município de Paraty, conforme Legislação Municipal



DOM
PARATY.RJ.GOV.BR
DE PARATY

PARATY PREFEITURA com VOCÊ e por VOCÊ!

Quarta-feira, 11 de dezembro de 2024

Distribuição Eletrônica | Ano VIII | Edição nº 1686

Publicação Oficial do Município de Paraty, conforme Legislação Municipal



Poder Executivo 3

PODER EXECUTIVO

TERMO DE AJUSTE DE CONTAS INDENIZAÇÃO Nº 005/2024 PROCESSO FLOWDOCS 31.161/24

CONTRATANTE: Fundo Municipal de Assistência Social de Paraty

CONTRATADA: Funerária Shalom Paraty Ltda - inscrita no CNPJ/MF sob nº 36.283.852/0001-80.

Objeto: Serviços funerários para atender famílias em situação de vulnerabilidade e risco social.

Valor Global: R$ 41.720,00 (quarenta e um mil setecentos e vinte reais).

Origem: Processo Administrativo 31.161/2024

Paraty em 04 de Dezembro de 2024

Osmar Manoel de Siqueira

Secretario Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos.

.....

TERMO DE PARALISAÇÃO DE OBRA – CONTRATO Nº 241/2013

PROCESSO ADMINISTRATIVO 23861/2022

O **MUNICIPIO DE PARATY**, através da Secretaria de Obras, informa a paralisação da obra referente ao Contrato 241/2023 – SERPREL CONSTRUÇÕES LTDA - CNPJ/MF n° , cujo objeto é . pelo período de 20/12/2024 a 13/01/2025, e justifica-se pela pelo altíssimo fluxo de veículos na Estrada de Trindade no período compreendido na paralisação, conforme solicitado pela Contratada e devidamente aceito pela Contratante.

Diante dos fatos, a fiscalização aprova o pedido de paralisação da obra e da contagem do prazo contratual que fica assim:

Data de término prevista no Aditivo 004: 10/03/2025

Período de paralisação: 20/12/24 a 13/01/25 = 24 dias

Nova data de término: 04/04/2025.

PARATY, 09 DE DEZEMBRO DE 2024.

Fabrício Soares – Secretário de Obras

Waldir Abrão Jana - Fiscal do Contrato

.....

PARATY PREFEITURA com VOCÊ e por VOCÊ!



2024-2025 REMUME

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

PARATY PREFEITURA

Rua José Balbino da Silva, nº.: 142 - Bairro Pontal - Paraty | RJ - 23.970-000
(24) 3371.9900 paraty.rj.gov.br

Parati – Cultura e Biodiversidade Inscrito na Lista do Patrimônio Mundial em 2019

PARATY CIDADE CRIATIVA DA GASTRONOMIA Designada Cidade Criativa da UNESCO em 2017

LUCIANO DE OLIVEIRA VIDAL
Prefeito

MÔNICA ELY DA SILVA
Secretária Municipal de Saúde

ALAN SILVA RAMIRO
Farmacêutico

DANIELLE LOTÉRIO DA SILVA MOTA
Coordenadora da Assistência Farmacêutica

CRISANE PRATA NETO MACHADO
Médica

GABRIELA LEAL FERNANDES
Médica

WILMA KARLA NOGUEIRA
Enfermeira

APRESENTAÇÃO

Conforme recomenda a Política Nacional de Medicamentos (PNM), instituida pela Portaria MS nº 3.916/98, a Secretaria Municipal de Saúde apresenta a renovação da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), onde foram padronizados os itens pertencentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) e que serão fornecidos gratuitamente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Assistência Farmacêutica (AF) do Município compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para o atendimento de patologias ou de agravos no âmbito do SUS, adquiridos com recursos próprios e complementados por recursos provenientes do Estado e do Ministério da Saúde (MS), constituindo uma estratégia de melhor acesso da população aos medicamentos essenciais e consequentemente maior adesão aos seus respectivos tratamentos.

Para a promoção do uso racional de medicamentos devem ser criados mecanismos que disciplinem a prescrição, visando facilitar o processo de escolha do medicamento, a dispensação e o consumo para a garantia da utilização segura e eficaz. Dentre esses mecanismos podemos destacar a utilização da REMUME e dos protocolos clínicos.

Esta edição reúne as relações de medicamentos em apresentações farmacêuticas que asseguram o tratamento necessário às doenças mais prevalentes no município. Desta forma, a REMUME deve ser efetivamente adotada por todos os profissionais de saúde da rede pública.

A REMUME foi elaborada pela Comissão Terapêutica, composta por uma equipe multiprofissional formada por farmacêuticas, enfermeiros e médicos, levando em consideração a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e a medicina baseada em evidências, conforme a segurança e eficácia comprovadas, disponibilidade no mercado, demanda populacional e menor custo. Ela tende a incrementar a qualidade da prescrição e facilitar o processo de escolha do medicamento, além de facilitar o abastecimento dos sistemas, inclusive o armazenamento e a distribuição, tornando-os mais regulares e eficientes, com economia da verba pública e racionalização.

O objetivo desta ferramenta na prática de Paraty é garantir ampla difusão entre os profissionais de saúde, diminuindo prescrições de medicamentos não padronizados pelo municipio, o que possibilita melhor acesso do usuário aos medicamentos inseridos em seus tratamentos, melhorando a qualidade de vida dos mesmos.

LISTA DE ABREVIATURAS

PNM	**POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS**
REMUME	**RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS**
RENAME	**RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS**
CBAF	**COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**
CEAF	**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**
SUS	**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
AF	**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**
MS	**MINISTÉRIO DA SAÚDE**
mg/mL	**MILIGRAMA POR MILILITRO**
UI	**UNIDADE INTERNACIONAL**
APRESENT.	**APRESENTAÇÃO**
OBS.	**OBSERVAÇÃO**
SL	**SUBLINGUAL**
PROG. MS	**PROGRAMA PERTENCENTE AO MINISTÉRIO DA SAÚDE**
SOS	**MEDICAMENTOS DE EMERGÊNCIA**
PCDT	**PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS**
LME	**LAUDO DE MEDICAMENTO ESPECIALIZADO**
CNES	**CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE**
AVC	**ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**
AVE	**ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**
IAM	**INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**
DCB	**DENOMINAÇÃO COMUM BRASILEIRA**
CFF	**CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA**
F/A	**FRASCO AMPOLA**

SUMÁRIO

Critérios de Prescrição 7

Comissão 8

Relação dos medicamentos básicos em ordem alfabética 9

Relação dos medicamentos antimicrobianos 20

Relação dos medicamentos sujeito a controle especial 22

Classificação dos medicamentos conforme indicação 25

1 – Sistema Cardiovascular 26
2 – Antiagregantes plaquetários 28
3 – Sistema respiratório 28
4 – Antivirais 29
5 – Sistema Gastrointestinal 29
6 – Reidratante oral 29
7 – Antigotosos 30
8 – Doenças de pele 30
9 – Corticoides 30
10 – Antialérgicos 31
11 – Anti-inflamatórios e relaxantes musculares 31
12 – Analgésicos e antitérmicos 31
13 – Antivertiginoso e antienxaqueca 32
14 – Antiparasitários e antifúngicos 32
15 – Hiperplasia da próstata 33
16 – Hipoglicemiantes 33
17 – Hipolipemiantes 33
18 – Desordens da tireóide 34
19 – Antiparkinsonianos 34
20 – Sistema ósseo 34
21 – Vitaminas e minerais 35
22 – Ocular 36

Relação de Medicamentos injetáveis e de emergência 37

Lista dos medicamentos injetáveis 38

Lista de medicamentos de emergência 41

Lista dos medicamentos dos Programas do Ministério da Saúde 44

1 – Programa de Toxoplasmose 45

- Ficha de Notificação/Conclusão (SINAN) 46

2 – Programa de Suplementação de Vitamina A 47

- Mapa diário de administração da vitamina A 48

3 – Programa Saúde da Mulher 49

4 – Programa de Cessação/controle do Tabagismo 49

5 – Programa de Diabetes 50

6 – Programa Sífilis 51

Instrução Normativa n° 001/2018 52

Portaria SMS nº 018/2018 – dispõe sobre a criação de fluxograma de procedimentos administrativos para solicitação de demandas destinadas à Secretaria Municipal de Saúde

ANEXOS 60

ANEXO I – Relatório médico detalhado para a solicitação de medicamentos não padronizados pelo município 61

ANEXO II – Declaração de Hipossuficiência 63

ANEXO III – Declaração de Endereço 64

ANEXO IV – Ficha de curativo individualizado 65

ANEXO V – Termo de compromisso para glicosímetro 67

ANEXO VI – Declaração de perda de glicosímetro 68

ANEXO VII – Protocolo de dispensação de Clopidogrel 69

Formulário para solicitação de Clopidogrel 72

ANEXO VIII – Formulário de inclusão/exclusão de medicamentos 73

CRITÉRIOS DE PRESCRIÇÃO

No Brasil existem regulamentações sobre a prescrição de medicamentos e aspectos éticos a serem seguidos pelos profissionais envolvidos no processo. As principais normas que versam sobre a prescrição de medicamentos são a Lei Federal nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, e o Decreto nº 3.181, de 23 de setembro de 1999, que regulamenta a Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, bem como a Resolução CFF nº 357, de 20 de abril de 2001, do Conselho Federal de Farmácia (CFF), que define as Boas Práticas em Farmácia.

Dentre os princípios da prescrição racional, segundo a OMS, é indispensável a avaliação crítica da informação médica que será utilizada para subsidiar a escolha do fármaco para determinado tratamento. As prescrições medicamentosas devem ser feitas de modo **LEGÍVEL** e **SEM RASURAS**, contendo:

- identificação do paciente;

- nome do medicamento/substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB);

- dose ou concentração, forma farmacêutica, posologia e quantidade total de medicamentos;

- via de administração, intervalo entre as doses e duração do tratamento;

Exemplo: Azitromicina 500 mg ---------- 5 comprimidos
Tomar 1 comprimido ao dia **por 5 dias** (receita válida por 10 dias)

Exemplo: Metformina 850 mg ---------- 60 comprimidos/mês
Tomar 1 comprimido após o almoço e 1 comprimido após o jantar
Uso contínuo (receita válida por 6 meses)

Amitriptilina 25 mg ---------- 30 comprimidos
Tomar 1 comprimido ao dia
Uso contínuo (receita válida por 30 dias)

- data de emissão da prescrição;

- identificação do emitente: nome, inscrição no conselho, carimbo e assinatura do profissional;

- identificação e endereço da unidade de saúde que foi realizado o atendimento.

Os medicamentos sujeitos a controle especial deverão ser prescritos em receituários adequados, conforme Portaria MS/SVS nº 344/1998, enquanto os medicamentos antimicrobianos deverão ser prescritos em duas vias, conforme RDC nº 471/2021.

COMISSÃO

Formada por uma equipe multiprofissional da saúde do município de Paraty, tendo como objetivo formular e implementar políticas relacionadas a seleção, programação, aquisição, prescrição, dispensação e orientação sobre o uso racional de medicamentos, para assegurar a melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde e terapêutica eficaz e segura. Entre outras atribuições desta comissão estão a definição de critérios de adoção de Medicamentos não padronizados; formulação de diretrizes para prescrição; assessorar a implementação do serviço de aquisição, distribuição e uso de medicamentos; promoção de ações que estimulem o uso racional de medicamentos; avaliação da qualidade relacionada à distribuição, a administração e ao uso de medicamentos.

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS APRESENTAÇÃO

Rua José Balbino da Silva, nº.: 142 - Bairro Pontal - Paraty | RJ - 23.970-000
(24) 3371.9900 paraty.rj.gov.br

Acetazolamida 250 mg	Comprimido
Acetilcisteína 20 mg/mL, xarope infantil	Frasco
Acetilcisteína 40 mg/mL, xarope adulto	Frasco
Aciclovir 200 mg	Comprimido
Aciclovir 5% creme 10 g	Bisnaga
Ácido Acetilsalicílico 100 mg	Comprimido
Ácido tranexâmico 50 mg/mL solução injetável	Ampola
Ácido fólico 0,2 mg/mL solução oral gotas	Frasco
Ácido fólico 5 mg	Comprimido
Ácido folínico 15 mg (folinato de cálcio)	Comprimido
Água para injetáveis 10 mL	Flaconete
Albendazol 40 mg/mL suspensão oral	Frasco
Albendazol 400 mg	Comprimido
Alendronato de Sódio 70 mg	Comprimido
Alopurinol 100 mg	Comprimido
Alopurinol 300 mg	Comprimido
Ambroxol, cloridrato 3 mg/mL xarope infantil	Frasco
Ambroxol, cloridrato 6 mg/mL xarope adulto	Frasco
Amiodarona, cloridrato 50 mg/mL solução injetável	Ampola
Amiodarona, cloridrato 200 mg	Comprimido
Anlodipino, besilato 5 mg	Comprimido
Anlodipino, besilato 10 mg	Comprimido
Atenolol 25 mg	Comprimido
Atenolol 50 mg	Comprimido
Atenolol 100 mg	Comprimido
Atropina, sulfato 0,25 mg/mL solução injetável	Ampola

Beclometasona, dipropionato 50 mcg/dose	Aerossol
Beclometasona, dipropionato 250 mcg/dose	Aerossol
Bicarbonato de sódio 8,4% 10 mL solução injetável	Flaconete
Brinzolamida 10 mg/mL suspensão oftálmica	Frasco
Bromoprida 4 mg/mL solução oral	Frasco
Bromoprida 10 mg/mL solução injetável	Ampola
Bromoprida 10 mg	Comprimido
Budesonida 32 mcg suspensão para inalação	Frasco
Budesonida 50 mcg suspensão para inalação	Frasco
Budesonida 64 mcg suspensão para inalação	Frasco
Captopril 25 mg	Comprimido
Carbonato de Cálcio 500 mg	Comprimido
Carbonato de Cálcio 500mg + Colecalciferol 200UI	Comprimido
Carbonato de Cálcio 500mg + Colecalciferol 400UI	Comprimido
Carbonato de Cálcio 600mg + Colecalciferol 400UI	Comprimido
Carvedilol 3,125 mg	Comprimido
Carvedilol 6,25 mg	Comprimido
Carvedilol 12,5 mg	Comprimido
Carvedilol 25 mg	Comprimido
Cetoconazol 200 mg	Comprimido
Cetoconazol 2% creme dermatológico	Bisnaga
Cetoconazol shampoo 2% 100 mL	Frasco
Ciclobenzaprina 5 mg	Comprimido
Ciprofibrato 100 mg	Comprimido
Clopidogrel 75 mg	Comprimido
Cloreto de Potássio 10% solução injetável	Flaconete

Cloreto de Sódio 0,9% solução injetável 10 mL	Flaconete
Cloreto de Sódio 0,9% solução nasal 20 mL	Flaconete
Cloreto de Sódio 0,9% 100 mL	Frasco/bolsa
Cloreto de Sódio 0,9% 250 mL	Frasco/bolsa
Cloreto de Sódio 0,9% 500 mL	Frasco/bolsa
Cloreto de Sódio 20% solução injetável	Flaconete
Colagenase 1,2 U/G pomada	Bisnaga
Complexo B	Comprimido
Complexo B solução injetável	Ampola
Complexo B solução oral	Frasco
Dexametasona 4 mg	Comprimido
Dexametasona, acetato 1 mg/g creme	Bisnaga
Dexametasona 0,1 mg/mL elixir 100mL	Frasco
Dexametasona 4 mg/mL solução injetável	Ampola
Dexametasona 4 mg/mL solução oftálmica	Frasco
Dexclorfeniramina, maleato 0,4 mg/mL solução oral	Frasco
Dexclorfeniramina, maleato 2 mg	Comprimido
Diclofenaco de Potássio 25 mg/mL solução injetável	Ampola
Diclofenaco de Sódio 25 mg/mL solução injetável	Ampola
Digoxina 0,25 mg	Comprimido
Diltiazem 60 mg	Comprimido
Diosmina 450 mg + Hesperidina 50 mg	Comprimido
Dipirona sódica 500 mg	Comprimido
Dipirona sódica 500 mg/mL solução injetável	Ampola
Dipirona sódica 500 mg/mL solução oral gotas	Frasco
Dobutamina, cloridrato 12,5 mg/mL solução injetável	Ampola
Dopamina, cloridrato 5 mg/mL solução injetável	Ampola

Dorzolamida 20 mg/mL solução oftálmica	Frasco
Doxazosina 2 mg	Comprimido
Doxazosina 4 mg	Comprimido
Enalapril, maleato 5 mg	Comprimido
Enalapril, maleato 10 mg	Comprimido
Enalapril, maleato 20 mg	Comprimido
Epinefrina 1 mg/mL solução injetável	Ampola
Escopolamina, butilbrometo (Hioscina) 10 mg	Comprimido
Escopolamina, butilbrometo (Hioscina) 20mg/mL solução injetável	Ampola
Escopolamina, butilbrometo (Hioscina) 10mg/mL solução oral gotas	Frasco
Espironolactona 25 mg	Comprimido
Espironolactona 100 mg	Comprimido
Éter 100 mL	Frasco
Finasterida 5 mg	Comprimido
Fluconazol 150 mg	Comprimido
Flunarizina, dicloridrato 10 mg	Comprimido
Furosemida 40 mg	Comprimido
Furosemida 10 mg/mL solução injetável	Ampola
Glibenclamida 5 mg	Comprimido
Glicerina 12%	Frasco
Gliclazida 30 mg	Comprimido
Gliclazida 60 mg	Comprimido
Gliconato de cálcio 100 mg/mL solução injetável	Ampola
Glicose 5% sistema fechado (soro glicosado)	Frasco
Glicose 25% solução injetável	Flaconete

Glicose 50% solução injetável	Flaconete
Glimepirida 2 mg	Comprimido
Hidralazina, cloridrato 25 mg/mL solução injetável	Ampola
Hidroclorotiazida 25 mg	Comprimido
Hidrocortisona 100 mg pó para solução injetável	Ampola
Hidrocortisona 500 mg pó para solução injetável	Ampola
Hidróxido de alumínio 60 mg/mL + Hidróxido de magnésio 40 mg/mL 150mL	Frasco
Hidróxido férrico, sacarato 20 mg/mL solução injetável	Ampola
Hipromelose 0,5% solução oftálmica	Frasco
Ibuprofeno 50 mg/mL suspensão oral gotas	Frasco
Ibuprofeno 300 mg	Comprimido
Ibuprofeno 600 mg	Comprimido
Insulina Humana NPH 100 UI/mL 10 mL	Frasco
Insulina Humana NPH 100 UI/mL 3 mL	Caneta
Insulina Humana Regular 100 UI/mL 10 mL	Frasco
Insulina Humana Regular 100 UI/mL 3 mL	Caneta
Ipratrópio, brometo 0,25 mg/mL solução para inalação	Frasco
Isossorbida, dinitrato 5 mg SL	Comprimido
Isossorbida, dinitrato 10 mg	Comprimido
Isossorbida, mononitrato 20 mg	Comprimido
Itraconazol 100 mg	Cápsula
Ivermectina 6 mg	Comprimido
Lactulose 667 mg/mL solução oral	Frasco
Levodopa 100 mg + Benserazida 25 mg	Comprimido
Levodopa 200 mg + Benserazida 50 mg	Comprimido

Levodopa 200 mg + Carbidopa 50 mg	Comprimido
Levodopa 250 mg + Carbidopa 25 mg	Comprimido
Levonorgestrel 0,75 mg	Comprimido
Levonorgestrel 0,15 mg + etinilestradiol 0,03 mg	Comprimido
Levotiroxina sódica 25 mcg	Comprimido
Levotiroxina sódica 50 mcg	Comprimido
Levotiroxina sódica 75 mcg	Comprimido
Levotiroxina sódica 100 mcg	Comprimido
Lidocaína, cloridrato 2% gel	Bisnaga
Lidocaína, cloridrato 2% solução injetável	Ampola
Lidocaína, cloridrato + epinefrina, hemitartarato 2% + 1:200.000	Ampola
Loratadina 1 mg/mL xarope	Frasco
Loratadina 10 mg	Comprimido
Losartana potássica 50 mg	Comprimido
Losartana potássica 100 mg	Comprimido
Manitol 20% 250 mL	Bolsa
Medroxiprogesterona, acetato 150 mg/mL	Ampola
Metformina, cloridrato 500 mg	Comprimido
Metformina, cloridrato 850 mg	Comprimido
Metildopa 250 mg	Comprimido
Metoclopramida, cloridrato 10 mg	Comprimido
Metoclopramida, cloridrato 5 mg/mL solução injetável	Ampola
Metoclopramida, cloridrato 4 mg/mL solução oral	Frasco
Metoprolol, succinato 25 mg liberação prolongada	Comprimido
Miconazol, nitrato 20 mg/g creme dermatológico	Bisnaga
Miconazol, nitrato 20 mg/g creme vaginal	Bisnaga

Neomicina + Bacitracina 5mg/250UI	Bisnaga
Nifedipino 20 mg liberação prolongada	Comprimido
Nimesulida 100 mg	Comprimido
Nimodipino 30 mg	Comprimido
Nistatina 25.000 UI/mL creme vaginal	Bisnaga
Nistatina 100.000 UI/mL suspensão oral	Frasco
Nitroglicerina 5 mg/mL solução injetável	Ampola
Norepinefrina, hemitartarato 2 mg/mL	Ampola
Noretisterona 0,35 mg	Comprimido
Noretisterona, enantato 50 mg/mL + estradiol, valerato 5 mg/mL	Ampola
Óleo Mineral	Frasco
Omeprazol 20 mg	Cápsula
Omeprazol 40 mg/mL solução injetável	Ampola
Óxido de zinco 150 mg/g + retinol 5.000 UI/g + colecalciferol 900 UI/g	Bisnaga
Paracetamol 200 mg/mL solução oral gotas	Frasco
Paracetamol 500 mg	Comprimido
Paracetamol 750 mg	Comprimido
Permanganato de potássio 100 mg	Comprimido
Permetrina 1%	Frasco
Permetrina 5%	Frasco
Pirimetamina 25 mg	Comprimido
Polivitaminico + Minerais	Comprimido
Polivitamínico + Minerais	Frasco
Prednisolona 1 mg/mL solução oral	Frasco

Prednisolona 3 mg/mL solução oral	Frasco
Prednisona 5 mg	Comprimido
Prednisona 20 mg	Comprimido
Prometazina, cloridrato 25 mg	Comprimido
Prometazina, cloridrato 25 mg/mL solução injetável	Ampola
Propatilnitrato 10 mg	Comprimido
Propiltiouracil 100 mg	Comprimido
Propranolol, cloridrato 40 mg	Comprimido
Retinol, acetato 5.000 UI/mL + Colecalciferol 1.000 UI/mL	Frasco
Sais para reidratação oral – pó para solução oral	Envelope
Salbutamol, sulfato 100 mcg/dose spray	Aerossol
Salbutamol, sulfato 5 mg/mL xarope	Frasco
Secnidazol 1.000 mg	Comprimido
Simeticona 75 mg/mL solução oral	Frasco
Sinvastatina 10 mg	Comprimido
Sinvastatina 20 mg	Comprimido
Sulfato Ferroso 25 mg/mL solução oral gotas	Frasco
Sulfato Ferroso 40 mg	Comprimido
Sulfato de Magnésio 50% solução injetável	Ampola
Tansulosina, cloridrato 0,4 mg	Cápsula
Tenoxicam 20 mg pó para solução injetável	Frasco-Ampola
Tiamina, cloridrato 300 mg	Comprimido
Timolol, maleato 0,5% solução oftálmica	Frasco
Travoprosta 0,04 mg/mL solução oftálmica	Frasco
Varfarina sódica 5 mg	Comprimido
Verapamil, cloridrato 80 mg	Comprimido

Verapamil, cloridrato 120 mg	Comprimido
Vitamina A 100.000 UI	Comprimido
Vitamina A 200.000 UI	Comprimido
Vitamina C 100 mg/mL solução injetável	Ampola
Vitamina C 200 mg/mL solução oral	Frasco
Vitamina K 10 mg/mL solução injetável	Ampola

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS ANTIMICROBIANOS

RDC 471/2021

MEDICAMENTOS	APRESENTAÇÃO
Amoxicilina 50 mg/mL suspensão oral	Frasco
Amoxicilina 50 mg/mL + Clavulanato de Potássio 12,5 mg/mL suspensão oral	Frasco
Amoxicilina 500 mg	Comprimido
Amoxicilina 500 mg + Clavulanato de Potássio 125 mg suspensão oral	Comprimido
Azitromicina 40 mg/mL	Frasco
Azitromicina 500 mg	Comprimido
Benzilpenicilina benzatina 600.000 UI	Ampola
Benzilpenicilina benzatina 1.200.000 UI	Ampola
Cefalexina 250mg/5mL 100 mL	Frasco
Cefalexina 500 mg	Comprimido
Ceftriaxona sódica 1 g	Ampola
Ciprofloxacino, cloridrato 500 mg	Comprimido
Claritromicina 500 mg	Comprimido
Clindamicina, cloridrato 300 mg	Comprimido
Colagenase 0,6 U/G + Cloranfenicol 0,01 G/G	Bisnaga
Doxiciclina 100 mg	Comprimido
Eritromicina, estolato 50 mg/mL suspensão oral	Frasco
Eritromicina, estolato 500 mg	Comprimido
Espiramicina 1,5 MUI	Comprimido
Gentamicina, sulfato 0,5% solução oftálmica	Frasco
Levofloxacino 500 mg	Comprimido
Metronidazol 10% gel vaginal	Bisnaga
Metronidazol 250 mg	Comprimido
Nitrofurantoína 100 mg	Comprimido

Norfloxacino 400 mg	Comprimido
Sulfadiazina 500 mg	Comprimido
Sulfadiazina de prata 1% creme	Bisnaga
Sulfametoxazol 400 mg + Trimetoprima 80 mg	Comprimido
Sulfametoxazol 200mg/5mL + Trimetoprima 40mg/5mL suspensão oral	Frasco
Tobramicina 3% solução oftálmica	Frasco

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL

PORTARIA 344/1998

MEDICAMENTOS	APRES
Ácido Valpróico 50 mg/mL solução oral	Frasco
Ácido Valpróico 250 mg	Comprimido
Ácido Valpróico 500 mg	Comprimido
Amitriptilina, cloridrato 25 mg	Comprimido
Alprazolam 0,25 mg	Comprimido
Alprazolam 0,5 mg	Comprimido
Alprazolam 1 mg	Comprimido
Biperideno, cloridrato 2 mg	Comprimido
Bupropiona 150 mg	Comprimido (Liberação prolongada)
Buspirona 5 mg	Comprimido
Carbamazepina 20 mg/mL	Frasco
Carbamazepina 200 mg	Comprimido
Carbonato de Lítio 300 mg	Comprimido
Citalopram, bromidrato 20 mg	Comprimido
Clomipramina, cloridrato 10 mg	Comprimido
Clomipramina, cloridrato 25 mg	Comprimido
Clonazepam 0,5 mg	Comprimido
Clonazepam 2 mg	Comprimido
Clonazepam 2,5 mg/mL solução oral	Frasco
Clorpromazina, cloridrato 5 mg/mL solução injetável	Ampola
Clorpromazina, cloridrato 25 mg	Comprimido
Clorpromazina, cloridrato 100 mg	Comprimido
Clorpromazina, cloridrato 40 mg/mL solução oral	Frasco
Diazepam 5 mg/mL solução injetável	Ampola
Diazepam 5 mg	Comprimido

Diazepam 10 mg	Comprimido
Fenitoína 50 mg/mL solução injetável	Ampola
Fenitoína 100 mg	Comprimido
Fenobarbital 40 mg/mL solução oral	Frasco
Fenobarbital 100 mg/mL solução injetável	Ampola
Fenobarbital 100 mg	Comprimido
Fluoxetina, cloridrato 20 mg	Comprimido
Haloperidol 1 mg	Comprimido
Haloperidol 2 mg/mL solução oral 20 mL	Frasco
Haloperidol 5 mg	Comprimido
Haloperidol 5 mg/mL solução injetável	Ampola
Haloperidol, decanoato 50 mg/mL solução injetável	Ampola
Levomepromazina 4% solução oral	Frasco
Levomepromazina 25 mg	Comprimido
Levomepromazina 100 mg	Comprimido
Morfina, sulfato 10 mg/mL solução injetável	Ampola
Morfina, sulfato 10 mg	Comprimido
Paracetamol 500 mg + Codeína 30 mg	Comprimido
Paroxetina 20 mg	Comprimido
Periciazina 1% solução oral	Frasco
Periciazina 4% solução oral	Frasco
Pregabalina 75 mg	Comprimido
Risperidona 1 mg/mL	Frasco
Risperidona 1 mg	Comprimido
Risperidona 2 mg	Comprimido
Sertralina, cloridrato 25 mg	Comprimido
Sertralina, cloridrato 50 mg	Comprimido

Tramadol, cloridrato 50 mg/mL solução injetável	Ampola
Tramadol 100 mg	Comprimido
Venlafaxina, cloridrato 37,5 mg	Comprimido
Venlafaxina, cloridrato 75 mg	Comprimido

PARATY PREFEITURA com VOCÊ e por VOCÊ!

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS CONFORME INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

PARATY PREFEITURA com VOCÊ e por VOCÊ!

CLASSIFICAÇÃO DE MEDICAMENTOS CONFORME INDICAÇÃO

1 – Sistema Cardiovascular

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Amiodarona	200 mg
Anlodipino, besilato	5 mg
	10 mg
Atenolol	25 mg
	50 mg
	100 mg
Captopril	25 mg
Carvedilol	3,125 mg
	6,25 mg
	12,5 mg
	25 mg
Digoxina	0,25 mg
Diltiazem	60 mg
Diosmina + Hesperidina	450 mg + 50 mg
Doxazosina	2 mg
	4 mg
Enalapril, maleato	5 mg
	10 mg
	20 mg
Espironolactona	25 mg
Furosemida	40 mg
Hidroclorotiazida	25 mg

Isossorbida, dinitrato	5 mg SL
	10 mg
Isossorbida, mononitrato	20 mg
Losartana Potássica	50 mg
	100 mg
Metildopa	250 mg
Metoprolol, succinato	25 mg
Nifedipino	20 mg
Nimodipino	30 mg
Propatilnitrato	10 mg
Propranolol, cloridrato	40 mg
Verapamil	80 mg
	120 mg

2 – Antiagregantes plaquetários

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Ácido Acetilsalicílico	100 mg
Clopidogrel	75 mg
Varfarina sódica	5 mg

3 – Sistema Respiratório

MEDICAMENTOS	APRESENTAÇÃO
Acetilcisteína solução oral infantil	20 mg/Ml
Acetilcisteína solução oral adulto	40 mg/mL
Ambroxol, cloridrato xarope	3 mg/mL
Ambroxol, cloridrato xarope	6 mg/mL
Beclometasona, dipropionato	50 mcg/dose
Beclometasona, dipropionato	250 mcg/dose
Budesonida aerossol nasal	32 mcg 50 mcg 64 mcg
Cloreto de sódio solução nasal 20 mL	0,9%
Ipratrópio, brometo solução para inalação	0,25 mg/mL
Salbutamol, sulfato spray	100 mcg/dose
Salbutamol, sulfato xarope	5 mg/mL

4 – Antivirais

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Aciclovir	200 mg
Aciclovir creme 10g	5%

5 – Sistema Gastrointestinal

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Bromoprida solução oral	4 mg/mL
Bromoprida	10 mg
Hidróxido de alumínio + Hidróxido de magnésio	(60 + 40) mg/mL
Escopolamina, butilbrometo (Hioscina)	10 mg
Escopolamina, butilbrometo (Hioscina) injetável	10mg/mL

Lactulose solução oral	667 mg/mL
Metoclopramida, cloridrato	10 mg
Metoclopramida, cloridrato solução oral	4 mg/mL
Óleo Mineral	
Omeprazol	20 mg
Simeticona solução oral	75 mg/mL

6 – Reidratante oral

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Sais para reidratação – pó para solução oral	ENVELOPE

7 – Antigotosos

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Alopurinol	100 mg
Alopurinol	300 mg

8 – Doenças de pele

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Permanganato de potássio	100 mg
Cetoconazol creme dermatológico	2%
Dexametasona, acetato creme	1 mg/g
Miconazol, nitrato creme dermatológico	20 mg/g
Permetrina	5%

9 – Corticóides

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Dexametasona	4 mg
Dexametasona, acetato creme	1 mg/g
Dexametasona elixir 100 mL	0,1 mg/mL
Dexametasona solução oftálmica	4 mg/mL
Prednisolona solução oral	1 mg/mL
Prednisolona solução oral	3 mg/mL
Prednisona	5 mg
Prednisona	20 mg

10 – Antialérgicos

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Dexclorfeniramina, maleato solução oral	0,4 mg/mL
Dexclorfeniramina, maleato	2 mg
Loratadina xarope	1 mg/mL
Loratadina	10 mg
Prometazina, cloridrato	25 mg

PARATY PREFEITURA com VOCÊ e por VOCÊ!

11 – Anti-inflamatórios e relaxantes muscular

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Ibuprofeno suspensão oral gotas	50 mg/mL
Ibuprofeno	300 mg
Ibuprofeno	600 mg
Nimesulida	100 mg
Ciclobenzaprina	5 mg

12 – Analgésicos e antitérmicos

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Dipirona sódica	500 mg
Dipirona sódica solução oral gotas	500 mg/mL
Paracetamol solução oral gotas	200 mg/mL
Paracetamol	500 mg
Paracetamol	750 mg

13 – Antivertiginoso e antienxaqueca

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Flunarizina, dicloridrato	10 mg

14 – Antiparasitários e antifúngicos

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Albendazol suspensão oral	40 mg/mL
Albendazol	400 mg
Cetoconazol	200 mg
Cetoconazol creme dermatológico	2%

Cetoconazol shampoo 100 mL	2%
Fluconazol	150 mg
Itraconazol	100 mg
Ivermectina	6 mg
Miconazol, nitrato creme dermatológico	20 mg/g
Miconazol, nitrato creme vaginal	20 mg/g
Nistatina creme vaginal	25.000 UI/mL
Nistatina suspensão oral	100.000 UI/mL
Permetrina	1%
Permetrina	5%
Pirimetamina	25 mg
Secnidazol	1000 mg

15 – Hiperplasia da próstata

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Finasterida	5 mg
Tansulosina, cloridrato	0,4 mg

16 – Hipoglicemiantes

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Glibenclamida	5 mg
Gliclazida	30 mg
Gliclazida	60 mg
Glimepirida	2 mg
Insulina Humana NPH 10 mL	100 UI/mL
Insulina Humana NPH 3 mL	100 UI/mL
Insulina Humana Regular 10 mL	100 UI/mL

Insulina Humana Regular 3 mL	100 UI/mL
Metformina, cloridrato	500 mg
Metformina, cloridrato	850 mg

17 – Hipolipemiantes

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Ciprofibrato	100 mg
Sinvastatina	10 mg
Sinvastatina	20 mg

18 – Desordens da tireóide

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Levotiroxina sódica	25 mcg
Levotiroxina sódica	50 mcg
Levotiroxina sódica	75 mcg
Levotiroxina sódica	100 mcg
Propiltiouracil	100 mg

19 – Antiparkinsonianos

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Levodopa + Benserazida 25 mg	100 mg + 25 mg 200 mg + 50 mg
Levodopa + Carbidopa	200 mg + 50 mg 250 mg + 25 mg

20 – Sistema Ósseo

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Alendronato de sódio	70 mg

Carbonato de Cálcio 500 mg	Comprimido
Carbonato de Cálcio 500mg + Colecalciferol 200UI	Comprimido
Carbonato de Cálcio 500mg + Colecalciferol 400UI	Comprimido
Carbonato de Cálcio 600mg + Colecalciferol 400UI	Comprimido

21– Vitaminas e minerais

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Ácido fólico solução oral gotas	0,2 mg/mL
Ácido fólico	5 mg
Ácido folínico (folinato de cálcio)	15 mg
Carbonato de Cálcio	500 mg
Carbonato de Cálcio + Colecalciferol	500 mg + 200 UI 500 mg + 400 UI 600 mg + 400 UI
Complexo B	Comprimido Solução oral
Polivitaminico + Minerais	Comprimido Gotas
Retinol, acetato + Colecalciferol solução oral	5.000UI/mL + 1.000UI/mL
Sulfato Ferroso solução oral	25 mg/mL
Sulfato Ferroso	40 mg
Tiamina, cloridrato	300 mg
Vitamina A	100.000 UI
Vitamina A	200.000 UI

22 – Ocular

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Acetazolamida	250 mg
Brinzolamida suspensão oftálmica	10 mg/mL
Dorzolamida solução oftálmica	20 mg/mL
Hipromelose solução oftálmica	0,5%
Timolol, maleato solução oftálmica	0,5%
Travoprosta solução oftálmica	0,04 mg/mL
Gentamicina, sulfato	0,5%
Tobramicina 3% solução oftálmica	3%

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS INJETÁVEIS E DE EMERGÊNCIA

PARATY PREFEITURA com VOCÊ e por VOCÊ!

LISTA DE MEDICAMENTOS INJETÁVEIS

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	QUANT.
Água para injetáveis		frascos
Amiodarona	50 mg/mL	ampola
Atropina, sulfato	0,25 mg/mL	flaconetes
Benzilpenicilina benzatina	600.000 UI	F/A
Benzilpenicilina benzatina	1.200.000 UI	F/A
Bromoprida	10 mg/mL	ampolas
Ceftriaxona	1g	F/A
Cloreto de potássio	10%	flaconetes
Cloreto de sódio	0,9%	flaconetes
	20%	flaconetes
Clorpromazina, cloridrato	5 mg/mL	ampolas
Deslanosídeo	0,2 mg/mL	ampolas
Dexametasona, fosfato dissódico	4 mg/mL	ampolas
Diazepam	5 mg/mL	ampolas
Diclofenaco de Potássio	25 mg/mL	ampolas
Diclofenaco de Sódio	25 mg/mL	ampolas
Dipirona sódica	500 mg/mL	ampolas
Epinefrina, cloridrato	1 mg/mL	ampolas
Escopolamina, butilbrometo (Hioscina)	20 mg/mL	ampolas
Fenitoína	50 mg/mL	ampolas
Fenobarbital	100 mg/mL	ampolas
Furosemida	10 mg/mL	ampolas
Gliconato de cálcio	100 mg/mL	ampolas
Glicose	25%	flaconetes
	50%	flaconetes
Haloperidol	5 mg/mL	ampolas
Haloperidol, decanoato	50 mg/mL	ampolas
Hidralazina	20 mg/mL	ampolas
Hidrocortisona, succinato sódico	100 mg	F/A
	500 mg	F/A
Hidróxido férrico, sacarato	20 mg/mL	ampolas
Insulina NPH	100 UI/mL	F/A
Insulina Regular	100 UI/mL	F/A

Lidocaína, cloridrato	2%	ampolas
Lidocaína, cloridrato + epinefrina	2% + 1:200.000	ampolas
Metoclopramida, cloridrato	5 mg/mL	ampolas
Morfina, sulfato	10 mg/mL	ampolas
Nitroglicerina	5 mg/mL	ampolas
Norepinefrina, hemitartarato	2 mg/mL	ampolas
Omeprazol + diluente	40 mg/mL	ampolas
Polivitaminico		ampolas
Prometazina, cloridrato	25 mg/mL	ampolas
Ringer + Lactato sistema fechado		frascos
Salbutamol, sulfato aerossol	100 mcg/dose	frascos
Sulfato de Magnésio 50%	50%	ampolas
Tenoxicam	20 mg/mL	ampolas
Tramadol, cloridrato	50 mg/mL	ampolas
Vitamina C	100 mg/mL	ampolas
Vitamina K	10 mg/mL	ampolas

LISTA DE MEDICAMENTOS DE EMERGÊNCIA

MEDICAMENTO	APRESENT.	QUANT.
Ácido acetilsalicílico	100 mg	comprimidos
Ácido tranexâmico	50 mg/mL	ampolas
Água para injetáveis		frascos
Amiodarona	50 mg/mL	ampola
Atropina, sulfato	0,25 mg/mL	flaconetes
Benzilpenicilina benzatina	600.000 UI	F/A
Benzilpenicilina benzatina	1.200.000 UI	F/A
Bromoprida	10 mg/mL	ampolas
Captopril	25 mg	comprimidos

Ceftriaxona	1 g	F/A
Clopidogrel	75 mg	comprimidos
Cloreto de potássio	10%	flaconetes
Cloreto de sódio	0,9%	flaconetes
	20%	flaconetes
Clorpromazina, cloridrato	5 mg/mL	ampolas
Complexo B		ampolas
Deslanosídeo	0,2 mg/mL	ampolas
Dexametasona, fosfato dissódico	4 mg/mL	ampolas
Diazepam	5 mg/mL	ampolas
Diclofenaco de Potássio	25 mg/mL	ampolas
Diclofenaco de Sódio	25 mg/mL	ampolas
Dipirona sódica	500 mg/mL	ampolas
	500 mg/mL	frascos
Epinefrina, cloridrato	1 mg/mL	ampolas
Escopolamina, butilbrometo (Hioscina)	20 mg/mL	ampolas
Fenitoína	50 mg/mL	ampolas
Fenobarbital	100 mg/mL	ampolas
Furosemida	10 mg/mL	ampolas
Gliconato de cálcio	100 mg/mL	ampolas
Glicose	25%	flaconetes
	50%	flaconetes
Haloperidol	5 mg/mL	ampolas
Haloperidol, decanoato	50 mg/mL	ampolas
Hidralazina	20 mg/mL	ampolas
Hidrocortisona, succinato sódico	100 mg	F/A
	500 mg	F/A

Hidróxido férrico, sacarato	20 mg/mL	ampolas
Ibuprofeno	600 mg	comprimidos
Insulina NPH	100 UI/mL	F/A
Insulina Regular	100 UI/mL	F/A
Ipratrópio	0,25 mg/mL	frasco
Isossorbida, dinitrato	5 mg	comprimidos
Lidocaína, cloridrato	2%	ampolas
Lidocaína, cloridrato + epinefrina, hemitartarato	2% + 1:200.000	ampolas
Metoclopramida, cloridrato	5 mg/mL	ampolas
Morfina, sulfato	10 mg/mL	ampolas
Nitroglicerina	5 mg/mL	ampolas
Norepinefrina, hemitartarato	2mg/mL	ampolas
Omeprazol + diluente	40 mg/mL	ampolas
Paracetamol	200 mg/mL	frasco
	500 mg	comprimidos
Prometazina, cloridrato	25 mg/mL	ampolas
Ringer + Lactato sistema fechado		frascos
Sais para reidratação oral	Pó	envelopes
Salbutamol, sulfato spray	100 mcg/dose	frascos
Sulfato de Magnésio 50%	50%	ampolas
Tenoxicam	20 mg	F/A
Tramadol, cloridrato	50 mg/mL	ampolas
Vitamina C	100 mg/mL	ampolas
Vitamina K	10 mg/mL	ampolas

PARATY PREFEITURA com VOCÊ e por VOCÊ!

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS INCLUSOS NOS PROGRAMAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

1 - TOXOPLASMOSE

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO

Ácido folínico 15 mg (folinato de cálcio)	0,75 mg
Espiramicina	1,5 MUI
Pirimetamina	25 mg
Sulfadiazina	500 mg

- O fluxo da notificação deverá seguir o preconizado na Nota Técnica nº 02/2011 GT-SINAN/CIEVS/DEVEP/SVS/MS, que orientam quanto à notificação (SINAN), prazos para encerramento da notificação e fluxos de retorno.
- A equipe da vigilância epidemiológica, atenção básica, especializada ou hospitalar devem se articular para que os casos em gestantes, parceiros e RN sejam investigados, diagnosticados, notificados e tratados.
- O paciente deverá comparecer até a unidade de saúde mais próxima de sua residência para que seja preenchida a FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DO SINAN no ato de seu diagnóstico.
- A unidade de saúde correspondente deve encaminhar a FICHA DE NOTIFICAÇÃO para a Vigilância Epidemiológica para cadastramento da paciente no programa e geração do número do SINAN.
- A dispensação será realizada na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAFAR) mediante receituário médico, cópia da notificação do SINAN, cópia do documento de identificação do paciente e do cartão do SUS.
- No ato da dispensação, é necessário que as cópias dos documentos citados acima e o receituário médico sejam retidos no CAFAR. O receituário deve ser preenchido com as informações do paciente: quantidade de comprimidos e duração do tratamento fornecido, quantidade de semanas de gestação, data de fornecimento dos
- Medicamentos e telefone para contato.

2 – PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Vitamina A	100.000 UI
	200.000 UI

- A suplementação profilática deve ser realizada nas **unidades de saúde**, em crianças de 6 a 12 meses (dose administrada = 100.000 UI) e de 12 a 24 meses (dose administrada = 200.000 UI), a cada 6 (seis) meses.
- A unidade de saúde deverá obrigatoriamente inserir os dados dos pacientes que realizam a suplementação com vitamina A no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).
- A administração deve ser registrada pela unidade de saúde no **Mapa Diário de Administração** com as informações dos pacientes suplementados. Este mapa deve ser enviado à coordenadora municipal do programa, para que a mesma realize a prestação de contas.

PARATY PREFEITURA com VOCÊ e por VOCÊ!

MAPA DIÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A

Unidade de Saúde: _____ **Mês/Ano:** _____

Responsável: _____

☐ Rotina ☐ Campanha

100.000 UI Crianças de 6 a 11 meses*			
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
41	42	43	44
45	46	47	48
49	50	51	52
53	54	55	56
57	58	59	60
61	62	63	64
65	66	67	68
69	70	71	72
73	74	75	76

200.000 UI Crianças de 12 a 59 meses*							
1ª dose (no ano)				2ª dose (no ano)			
1	2	3	4	1	2	3	4
5	6	7	8	5	6	7	8
9	10	11	12	9	10	11	12
13	14	15	16	13	14	15	16
17	18	19	20	17	18	19	20
21	22	23	24	21	22	23	24
25	26	27	28	25	26	27	28
29	30	31	32	29	30	31	32
33	34	35	36	33	34	35	36
37	38	39	40	37	38	39	40
41	42	43	44	41	42	43	44
45	46	47	48	45	46	47	48
49	50	51	52	49	50	51	52
53	54	55	56	53	54	55	56
57	58	59	60	57	58	59	60
61	62	63	64	61	62	63	64
65	66	67	68	65	66	67	68
69	70	71	72	69	70	71	72

- *Marcar um "X" a cada criança suplementada

INFORME O NÚMERO DE CÁPSULAS PERDIDAS COM O MOTIVO						
DOSE	Prazo de validade	Perda da administração	Utilização indevida	Acondicionamento inadequado	Extravio	Violação de frasco
100.000 UI						
200.000 UI						

3 - SAÚDE DA MULHER

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Levonorgestrel	0,75 mg
Levonorgestrel + etinilestradiol	0,15 mg + 0,03 mg
Medroxiprogesterona, acetato	150 mg/mL
Noretisterona	0,35 mg
Noretisterona, enantato + estradiol, valerato	50mg/mL + 5mg/mL

- A dispensação é realizada na Farmácia Central, mediante receituário médico e documento de identificação do paciente.
- A prescrição possui validade de 12 meses a partir de sua emissão.

4 - TABAGISMO

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Bupropiona, cloridrato	150 mg
Nicotina, adesivo	7 mg 14 mg 21 mg
Nicotina, goma	2 mg

- A dispensação é realizada nas unidades de saúde que possuem profissional capacitado e que tenha o Programa de controle e cessação do tabagismo ativo.
- A unidade em questão deve encaminhar à responsável pela prestação de contas do programa o receituário médico, cópia do comprovante de residência e do documento de identificação do paciente.
- A prescrição é realizada semanalmente, sendo retirada no local de dispensação.
- O tempo de **tratamento total** preconizado é de 12 meses e envolve as etapas de avaliação, intervenção e manutenção da abstinência.

5–DIABETES

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Agulhas para canetas de insulina	0,23 x 4 mm
Aparelho glicosímetro	
Insulina Humana NPH	100 UI/mL frasco
Insulina Humana Regular	100 UI/mL
Lancetas para punção digital	
Seringas com agulha acoplada	1 mL
Tiras de glicemia	Frasco com 50 unid.

- Para a retirada de insulinas e insumos de diabetes, é necessário:
  - A prescrição médica deve conter a posologia detalhada do uso;

  Exemplo: *Insulina NPH ---------- 4 canetas*
  Aplicar 12 UI de insulina NPH 30 minutos antes do café
  12 UI de insulina NPH 30 min antes do almoço
  12 UI de insulina NPH às 22 Hrs

  Cada frasco contém 100 UI em 10 mL
  Cada caneta contém 100 UI em 3 mL

  Exemplo: *Tiras de glicemia --------- 50 tiras*
  Lancetas ---------- 60 unidades
  Realizar 1 aferição pela manhã e 1 aferição a noite

- A retirada das insulinas e insumos para saúde é realizada na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAFAR) mediante as seguintes documentações:
  - Laudo médico contendo CID da doença (deve-se especificar o tipo de diabetes)
  - Documento de identificação (RG, CPF e cartão do SUS)
  - Comprovante de residência

- A prescrição médica possui validade de 180 dias (6 meses) a partir da data de emissão, sendo os medicamentos e insumos para diabetes fornecidos mensalmente.

- Para a aquisição de aparelho glicosímetro, o paciente deve preencher obrigatoriamente o TERMO DE COMPROMISSO situado no ANEXO V. O aparelho deve ser cadastrado com os dados do paciente para posterior acompanhamento.
- Em caso de perda ou eventual estrago do glicosímetro, o paciente deve preencher a DECLARAÇÃO DE PERDA (ANEXO VI).
- As agulhas de insulina podem ser reutilizadas até 6 vezes ao dia, sendo substituída no dia seguinte.

5–SÍFILIS

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Benzilpenicilina benzatina	1.200.000 UI

- O diagnóstico é realizado na unidade de saúde ou ambulatório de infectologia do município.
- No ato do diagnóstico, o profissional deve preencher a FICHA DE NOTIFICAÇÃO com os dados do paciente portador da patologia e enviá-la para a Vigilância Epidemiológica, onde será realizado o cadastramento do paciente no programa e posterior geração do número do SINAN.
- A unidade de saúde deve realizar a administração da penicilina com o medicamento que possui em estoque (maleta de SOS) e realizar a prescrição em nome do paciente, a qual deve ser encaminhada à responsável pela prestação de contas do programa através da pasta da unidade durante a COLETA para posterior reabastecimento.

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº001/2018

Dispõe sobre a normatização e os procedimentos de obtenção de medicamentos não padronizados.

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 001/2018

DISPÕE SOBRE A NORMATIZAÇÃO E OS PROCEDIMENTOS DE OBTENÇÃO DE MEDICAMENTOS NÃO PADRONIZADOS NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE PARATY-RJ.

O Prefeito de Paraty e o Secretário de Saúde e Defesa Civil, no uso de suas atribuições que lhe confere o artigo 63 da Lei Orgânica Municipal.

CONSIDERANDO a necessidade de um melhor controle e segurança nos procedimentos e rotinas que proporcionará um serviço publico de alta qualidade, pelo menor custo, alçando a efetividade, eficácia e segurança, princípios básicos que norteiam a Administração Pública Municipal;

CONSIDERANDO o recebimento diário de inúmeras prescrições médicas advindas de médicos particulares, de outros municípios e médicos vinculados ao SUS (inclusive da rede assistencial própria do Município), de medicamentos pelo nome comercial (marca), bem como de medicamentos não constantes da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) e/ou nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), sem nenhuma justificativa técnica para tanto;

CONSIDERANDO que, muitas vezes, não há evidência de terem sido esgotadas as alternativas terapêuticas oferecidas pelo SUS no tratamento;

CONSIDERANDO a ocorrência de prescrição de medicamentos de eficácia discutível para o caso concreto ou até mesmo de natureza experimental;

CONSIDERANDO o contido no artigo 3° da Lei n° 9787/99: *"As aquisições de medicamentos, sob qualquer modalidade de compra e as prescrições médicas e odontológicas de medicamentos, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, adotarão obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI)."*

CONSIDERANDO que a listagem da Denominação Comum Brasileira (DCB) está contida na Resolução da Direção Colegiada RDC n° 211/2006, da ANVISA, com posteriores atualizações;

CONSIDERANDO a Lei de Licitações nº 8.666, de 21 de Junho de1993, que regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências;

CONSIDERANDO que a alínea "d" do inciso I, do artigo 6°, da Lei Federal n° 8.080/90 expressa estar incluída no SUS a "assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

CONSIDERANDO que a Lei 12.401, de 28 de abril de 2011, altera a Lei 8.666 e dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS;

CONSIDERANDO a regulamentação de parte da Lei n° 8.080/90, pelo Decreto n° 7.508/2011, reforçando a importância dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, bem como das relações de medicamentos das gestões do SUS para nortear a assistência farmacêutica, de acordo com o seu Artigo 28. *"O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe cumulativamente:*

I- Estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
II- Ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
III- Estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamemtos; e
IV- Ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

§1° Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem"

CONSIDERANDO que os medicamentos padronizados no âmbito do SUS são criteriosamente avaliados no que se refere à eficiência e efetividade, além de relação custo/benefício; que malgrado todas essas ações, a judicialização tem se traduzido como a garantia de acesso a bens, serviços e medicamentos não contemplados nos programas e protocolos do SUS, o que tem ensejado aumento exponencial das ações e a impossibilidade de previsão orçamentária dos gastos delas decorrentes, rompendo os princípios basilares do SUS, sobretudo os da equidade, universalidade e integralidade;

CONSIDERANDO que as fórmulas manipuladas, conhecidas também como magistrais, possuem curto prazo de validade e não podem ser repassados a outros pacientes, em caso de suspensão do uso. Por isso, fornecer medicamento com composição, forma farmacêutica e posologia manipulada individualmente para cada paciente, poderia violar os princípios da eficiência, da economicidade e do interesse público. Porém,considerando que a garantia constitucional do direito à saúde não pode deixar o cidadão desamparado, quando, de fato, não há alternativa para o seu caso clínico.

CONSIDERANDO que o Superior Tribunal de Justiça (STJ) fixou em 25/04/2018, através do julgamento do RE sp n° 1657156/RJ, os critérios que o judiciário deve seguir ao julgar pedidos de fornecimento de remédios que não constem na lista do SUS (Sistema Único de Saúde). A tese fixada estabelece que constitui obrigação do poder público o fornecimento de medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS, desde que presentes, cumulativamente, os seguintes requisitos:

1 - Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS;

2 - Incapacidade financeira do paciente de arcar com o custo do medicamento prescrito; e

3 - Existência de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

CONSIDERANDO a necessidade de normatizar os procedimentos executados pelos prescritores médicos vinculados ao SUS, a fim de promover o uso racional de medicamentos, e melhorar a qualidade do atendimento prestado à população,

RESOLVE: Aprovar a seguinte Instrução Normativa:

Artigo 1° - A Secretaria de Saúde do Município de Paraty-RJ obedece rárigorosamente os preceitos do artigo 28 Decreto7.508/2011 observando,como referência, os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas, RENASES – Relação Nacional das ações de Serviços de Saúde e a RENAME – Relação Nacional de Medicamentos, REMUME – Relação Municipal de Medicamentos, atentos à MBE – Medicina Baseada em Evidências;

Artigo 2° - O diagnostico há que ser feito no SUS e pelos seus profissionais e não por profissionais do setor privado da saúde.

Parágrafo Único – Os medicamentos de componentes especializados poderão ter diagnóstico expedido por profissionais do setor privado.

Artigo 3° - O medicamento pleiteado deve estar registrado na Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e estar na denominação genérica;

Parágrafo Único – Não serão aceitas demandas de saúde que pleiteiem procedimentos e medicamentos experimentais, assim como exigências por marcas.

Artigo 4° - O médico responsável deve atestar a necessidade do medicamento, além da ineficácia dos fármacos já fornecidos pelo SUS.

Parágrafo único - Em caso de fórmulas manipuladas devem ser apresentados laudos e/ou exames que comprovem que o medicamento manipulado seria sua única alternativa de tratamento.

Artigo 5° - A Secretaria adotará providências administrativas imediatas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, no sentido de capacitar e orientar os profissionais médicos a:

1) Sempre prescreverem medicamentos pela Denominação Comum Brasileira (DCB) (ou

seja, o nome genérico do principio ativo) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI);

2) Esgotarem as alternativas de fármacos previstas na REMUME, nas relações complementares estaduais de medicamentos, bem como nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e demais atos que lhe forem complementares, antes de prescrever em tratamento medicamentoso diverso aos pacientes;

3) Se ainda assim for prevalente tecnicamente a prescrição de droga curativa não contemplada nas referidas Relações ou apresentada nos Protocolos, o profissional responsável deverá elaborar formal justificativa técnica consistente, fundamentando, assim, essa excepcional orientação clínica (tendo em vista os imperativos advindos da Lei n° 12.401/2011 e do Decreto Nº 7.508/2011), conforme formulário/relatório médico (ANEXO I) e exames específicos comprobatórios.

a) Qual a doença, com o respectivo Número de CID;

b) Quais os motivos da exclusão dos medicamentos previstos nos regulamentos citados, em relação ao paciente (refratariedade, intolerância, interações medicamentosas, reações adversas, etc);

c) Menção à eventual utilização anterior, pelo usuário, dos fármacos utilizados, sem resposta adequada;

d) Quais os benefícios do medicamento prescrito no caso concreto;

e) Apresentação de estudos científicos eticamente isentos se comprobatórios dessa eficácia (revistas indexadas e com conselho editorial);

f) Informação sobre existência de prova de segurança, eficácia, efetividade e custo/efetividade do medicamento em causa, conforme critérios propostos pela Medicina Baseada em Evidências (MBE);

4) Da mesma forma deverá se proceder quando o fármaco prescrito, embora constante dos Protocolos, for receitado em face de situação diversa da ali descrita.

Artigo 6° - O paciente deve apresentar cópia de documentos de identidade, CPF, cartão do SUS, demonstrar que não possui recursos para arcar com o tratamento através de apresentação de comprovante que o coloque na linha de necessitado ou que comprometa o sustento familiar apresentando renda per captada da família por modelo de declaração **(ANEXO II),** apresentar laudo do serviço social, realizar inscrição NIS (Número de Identificação Social) e comprovar que reside no município de Paraty **(ANEXO III)**.

Artigo 7° - Laudos e receitas de tratamentos contínuos devem ser atualizados periodicamente.

Parágrafo Único – As atualizações devem ocorrer de 6 a 12 meses ou em prazo estipulado pelo médico responsável pelo tratamento de caráter contínuo.

Artigo 8° - Para os pacientes que possuem indicação para uso "Fórmulas Nutricionais Especiais Industrializada", devem apresentar os exames comprobatórios pertinentes e laudo medico e/ou nutricional com a justificativa e CID da doença atualizado trimestralmente.

§1° Em caso de crianças até dois anos de idade, os exames devem apresentar a idade, peso e estatura da criança.

§2° A não apresentação trimestral dos documentos indicados no *caput* implicarão suspensão imediata do fornecimento das fórmulas nutricionais.

Artigo 9° - Fica criada uma a Comissão Técnica Avaliadora especialmente designada e constituída para avaliação e resolução de todos os procedimentos cabíveis dentro da necessidade e em conformidade com esta instrução normativa.

§ 1° - A comissão será formada por três membros da área de saúde; sendo um coordenador, um relator e um membro que devera analisar e deferir ou indeferir as relações pertinentes contidas nesta instrução normativa.

§ 2°- Os casos omissos serão avaliados pela comissão e submetidos ao Secretario de Saúde.

Artigo 10° - A aquisição do medicamento pleiteado ocorrerá em conformidade com as disposições orçamentárias preconizadas pelo Plano Pluri Anual, pela Lei de diretrizes orçamentárias e Lei orçamentária anual.

Artigo 11° - Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

REGISTRE-SE, CIENTIFIQUE-SE, PUBLIQUE-SE E CUMPRA-SE

OBS: Para que a solicitação de medicamentos não padronizados pelo município seja deferida, é necessário que o paciente tenha esgotado todas as possibilidades fornecidas pelo SUS (REMUME e CEAF).

CARLOS JOSÉ GAMA MIRANDA
Prefeito

LUCIANO DE OLIVEIRA VIDAL
Secretário de Saúde

PARATY-RJ, EM 01 DE AGOSTO DE 2018.

PARATY PREFEITURA com VOCÊ e por VOCÊ!

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARATY
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

Portaria SMS nº 18/2018.

"DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO DO FLUXOGRAMA DE PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS PARA SOLICITAÇÃO DE DEMANDAS DESTINADAS À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PARATY-RJ."

O **Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil**, usando das atribuições que lhe confere a legislação em vigor, notadamente o artigo 73, inciso I e II da Lei Orgânica do Município de Paraty,

RESOLVE:

Art. 1º - Cria o **Fluxograma de Procedimentos Administrativos para solicitação de demandas destinadas à Secretaria Municipal de Saúde** DO MUNICÍPIO DE PARATY-RJ, constante no anexo I desta Portaria.

Art. 2º - Os requerimentos serão protocolados na Secretaria Municipal de Finanças e encaminhados à Assessoria Jurídica da Secretaria Municipal de Saúde no prazo de até 7 dias corridos. A Assessoria Jurídica terá o prazo de 7 dias para fazer o encaminhamento ao setor responsável.

Art. 3º - O Setor destino terá o prazo de 15 dias para análise e parecer, em caso de substituições, exames adicionais, encaminhamentos para especialistas e perícia médica;

Art. 4º - O paciente terá o prazo de 30 dias para cumprimento das exigências feitas no requerimento.

Art. 5º - A Secretaria responsável pela análise do requerimento terá o prazo de 15 dias para emissão de parecer.

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

Registre-se, cientifique-se, publique-se e cumpra-se.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARATY, EM 17 DE AGOSTO DE 2018.

LUCIANO DE OLIVEIRA VIDAL

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

MATRÍCULA 302320

ANEXOS

ANEXO I

RELATÓRIO MÉDICO DETALHADO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO	
1. Sobre o Profissional 1.1. Nome do médico:	
1.2. Número do registro no Conselho Regional de Medicina – CRM:	
1.3. CNS:	
1.4. Especialidade:	
2. Sobre o Paciente: 2.1. Nome do(a) paciente:	
2.2. Data de nascimento:	
2.3. CPF:	2.4. Identidade:
2.5. Cartão do SUS:	2.6. Sexo: ( ) F ( ) M
2.7. Endereço completo:	
3. Preencher a tabela abaixo, com os códigos (CIDs) correspondentes das doenças que acometem o paciente:	

4. Medicamentos, produtos ou procedimentos necessários para a finalidade diagnóstica, de acordo com o quadro abaixo:		
Tratamento: contínuo ( ) ( ) temporário ( ) pelo prazo de:_____		
Produtos	**Apresentação**	**Posologia**

5. Trata-se de produtos aprovado pela ANVISA? ( ) Sim ( ) Não Caso não aprovado pela ANVISA, anexar estudos de evidência científica (eficácia, eficiência, efetividade e segurança) do produto para tal finalidade.
6. Trata-se de prescrição off label, ou seja, uso em situação divergente da bula (indicação, faixa etária, peso, dose, frequência, apresentação ou via de administração de um medicamento registrado na ANVISA? ( ) Sim ( ) Não

7. Os produtos/procedimentos conforme finalidades diagnósticas prescritas constam nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do SUS? ( ) Sim ( ) Não	
7.1. Em caso negativo, já houve tentativa de submissão de proposta para a incorporação de tecnologia para a Comissão Nacional de Tecnologia – CONITEC? ( ) Sim ( ) Não	
8. Antes de serem prescritos os medicamentos e/ou produtos listados acima, foram utilizados os medicamentos e/ou produtos listados no SUS? ( ) Sim ( ) Não OBS: Consultar REMUME	
8.1. Em caso positivo, descrever quais medicamentos utilizados.	
9. Não foram prescritas outras medidas médicas alternativas, em razão dos seguintes motivos:	
10. Há justificativa para a prescrição do medicamento/produto específico diferenciado em razão da condição peculiar do paciente? ( ) Sim ( ) Não	
10.1 Em caso positivo, justificar	
11. O medicamento/produto é imprescindível para o paciente? ( ) Sim ( ) Não	
12. A ausência do fornecimento do medicamento, insumo ou procedimento acima poderá ocasionar as seguintes consequências: ( ) Risco de morte ( ) perda irreversível de órgãos ou funções orgânicas ( ) Grave comprometimento do bem estar ( ) outros	
13. A utilização dos produtos e serviços eliminarão perigo das consequências/sequelas? ( ) Sim ( ) Não Justificar:	
14. Outras informações:	
Local e Data:	**Carimbo e Assinatura do Prescritor:**

OBS: Para que a solicitação de medicamentos não padronizados pelo município seja deferida, é necessário que o paciente tenha esgotado todas as possibilidades fornecidas pelo SUS (REMUME e CEAF).

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu_____,
portador do RG nº_____ e inscrito no CPF sob o nº _____, residente no endereço _____ _____, declaro ser pessoa juridicamente necessitado, nos termos do art. 5º. inciso LXXIV da Constituição Federal e da Lei n.º 1.060/50, não tendo condições financeiras de arcar com custo de medicamentos, sem o prejuízo do próprio sustento e de minha família, razão pela qual faz jus ao benefício da GRATUIDADE DOS MEDICAMENTOS E/OU INSUMOS relacionados no pedido do requerimento com nº _____ de processo administrativo, por ser verdade afirmo sob pena do crime de falsidade Ideológica tipificada no Art. 299 Código Penal.

Paraty, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura

PARATY PREFEITURA com VOCÊ e por VOCÊ!

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

Eu_____

_____ _____portador do RG nº_____

e inscrito no CPF sob o nº_____, declaro com base na Lei 7.155, de 29/08/1983, que resido no endereço_____

_____, N°_____, Bairro _____ da Cidade de Paraty, CEP 23970-000.

Declaro, outrossim, estar ciente do intero teor da Lei 7.155/83, bem como que tenho pleno conhecimento de que a falsidade das declarações por mim firmadas no presente documento, poderão ensejar sanções cíveis e criminais (artigo 299 do Código Penal).

Local, _____ Data _____.

_____

Assinatura

PARATY PREFEITURA com VOCÊ e por VOCÊ!

ANEXO IV

FICHA DE CADASTRAMENTO PARA CURATIVO INDIVIDUALIZADO			
UNIDADE:		DATA:	
PACIENTE:			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	TELEFONE:		
CARTÃO SUS:		PRONTUÁRIO N°:	

MEDICAMENTOS E INSUMOS

☐ ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS (DERSANI)	QUANT:	☐ ATADURA DE CREPE 10CM X 1,80M rolo	QUANT:
☐ ÁGUA OXIGENADA VOL 10 - FRS 1L	QUANT:	☐ ATADURA DE CREPE 15CM X 1,80M rolo	QUANT:
☐ ÁLCOOL 70% - FRS 1L	QUANT:	☐ ATADURA DE CREPE 20CM X 1,80M rolo	QUANT:
☐ ALGINATO DE CÁLCIO GEL 85G	QUANT:	☐ COMPRESSA DE GAZE ESTERIL 7,5CM X 7,5CM 13F ENV C/10 GAZES EM CADA PACOTE	QUANT:
☐CLORETO DE SÓDIO 0,9% FRASCO DE 500ML	QUANT:	☐ COMPRESSA P/ CURATIVOS 15 X 30 CM 13 FIOS	QUANT:
☐CLORETO DE SÓDIO 0,9% FRASCO DE 250ML	QUANT:	☐ COMPRESSA DE GAZE NÃO ESTÉRIL (TIPO QUEIJO) 91X91CM 13 FIOS – ROLO	QUANT:
☐ CLOREXIDINA SOL. ALCOÓLICA 0,5% - FRS 1L	QUANT:	☐ COMPRESSA DE GAZE NÃO ESTÉRIL PCT	QUANT:
☐CLOREXIDINA DEGERMENTE TÓPICO 2%	QUANT:	☐ CURATIVO ADESIVO ESTÉRIL HIDROCOLÓIDE 5X5CM	QUANT:
☐ COLAGENASE 0,6 UI	QUANT:	☐ CURATIVO ADESIVO ESTÉRIL HIDROCOLÓIDE 10X10CM	QUANT:
☐ COLAGENASE 0,6 UI + CLORANFENICOL 0,01 GR – TUBO	QUANT:	☐ CURATIVO ADESIVO ESTÉRIL HIDROCOLÓIDE 20X20CM	QUANT:
☐ DEXAMETASONA 0,1% - TUBO	QUANT:	☐ ESPARADRAPO ANTI-ALÉRGICO10CM X 4,5M	QUANT:
☐ GEL HIDRATANTE DE ALGINATO DE CALCIO E SODIO CARBOXIMETILCELULOSE 85G	QUANT:	☐ ESPARADRAPO 10CM X 4,5M ROLO	QUANT:
☐ NEOMICINA + BACITRACINA 5MG/25UI	QUANT:	☐ FITA ADESIVA BRANCA 19MM X 50M	QUANT:
☐ ÓXIDO DE ZINCO + VITAMINA A+D 45G	QUANT:	☐ LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº6,5 PAR	QUANT:
☐ PVPI TÓPICO FRS - 1L	QUANT:	☐ LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº7,0 PAR	QUANT:
☐ PVPI DEGERMANTE FRS - 1L	QUANT:	☐ LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº7,5 PAR	QUANT:
☐ SULFATIAZINA DE PRATA 1% - TUBO	QUANT:	☐ LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº8,0 PAR	QUANT:
OBS: APONTAR CID E DESCRIÇÃO DO CURATIVO NO LAUDO MÉDICO E AS DISPENSAS SÃO FEITAS MENSALMENTE.		☐ LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº8,5 PAR	QUANT:
		☐ LUVA PARA PROCEDIMENTO TAM PP CX/100	QUANT:
		☐ LUVA PARA PROCEDIMENTO TAM P CX/100	QUANT:
		☐ LUVA PARA PROCEDIMENTO TAM M CX/100	QUANT:
		☐ LUVA PARA PROCEDIMENTO TAM G CX/100	QUANT:

- Para a retirada de curativos individualizados, é necessário:

- Laudo médico OU laudo do enfermeiro contendo o motivo do fornecimento dos insumos, CID e posologia de uso dos insumos e medicamentos;
- Cópia do documento de identificação do paciente (RG, CPF e cartão do SUS);
- Cópia do comprovante de residência;

- É imprescindível que o profissional de saúde prescreva os antibióticos (ex: sulfadiazina de prata 1%) em receituário, se assim for necessário uso.

  Atenção: as **receitas de antimicrobianos** possuem validade de 10 dias corridos a partir de sua emissão, devendo o medicamento ser retirado durante este prazo na Farmácia Central ou Cafar. Em caso de patologias/ferimentos crônicos, em que o paciente necessite realizar tratamento prolongado, o antimicrobiano pode ser prescrito para uso de até 90 dias mediante especificação em receita. A dispensação é realizada mensalmente, respeitando o prazo estipulado para o inicio do tratamento.

- Em caso de necessidade de algum insumo ou medicamento não descrito na ficha, a solicitação deve ser realizada em receituário com justificativa de sua utilização.

- A validade dos laudos de curativos varia conforme classificação, de forma a avaliar a progressão da lesão:

  - Pacientes com **lesões crônicas**: laudo e ficha de curativo individualizado com validade de 6 meses.

  - Pacientes com **lesões agudas**: laudo e ficha de curativo individualizado com validade de 2 mês.

ANEXO V

PARATY PREFEITURA com VOCÊ e por VOCÊ!

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____, portador da carteira de identidade nº _____, inscrito no CPF nº _____ e cartão do SUS nº _____, celular nº _____, residente na _____, bairro _____, CEP 23970-000, estou recebendo da Central de Abastecimento Farmacêutico um aparelho glicosímetro Accu-Chek Active da marca Roche, com numero de série (SN) _____ e REF _____ para monitoramento de pacientes portadores de Diabetes Mellitus.

Estou ciente da responsabilidade na guarda e conservação do aparelho a mim cedido, uma vez que esse aparelho pertence à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARATY. Do mesmo modo, também estou ciente que este aparelho destina-se a uso pessoal, apenas na forma em que for instruída pela equipe desta unidade de saúde, não estando autorizado a cedê-lo para uso de terceiros. Em caso de perda ou roubo, deverá ser elaborado um boletim de ocorrência e comprometo-me a devolvê-lo para troca caso haja algum defeito ou mudança de marca no fornecimento das tiras de glicosímetro.

Paraty, _____ de _____ de_____.

Nome do usuário ou responsável pela retirada.

_____

Dispensado por: _____

PARATY PREFEITURA com VOCÊ e por VOCÊ!

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE PERDA

Eu,_____ portador da carteira de identidade nº _____, inscrito no CPF nº _____, e cartão do SUS nº _____, telefone residencial nº _____, celular nº _____, residente no(a) _____, bairro _____, nº_____ complemento_____, declaro que o aparelho glicosímetro da marca _____, com numero de série _____, para controle e tratamento do Diabete Mellitus pertencente a Secretaria de Saúde que estava sob minha responsabilidade:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

Paraty, ___, de _____ de_____.

Nome do responsável pela retirada:_____

Dispensado por. _____

ANEXO VII

PROTOCOLO DE PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DO CLOPIDOGREL

1) Introdução:

O Clopidogrel é um derivado tienopiridínico inibidor da agregação plaquetária, indicado na prevenção secundária de doença vascular causada por eventos aterotrombóticos, como: infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) ou encefálico (AVE) e morte vascular.

Trata-se de um pró-fármaco, ou seja, é convertido em metabólito ativo pelo CYP450 e atua no difosfato de adenosina (ADP), inibindo a agregação plaquetária e consequentemente a formação de coágulos.

O tratamento combinado de Clopidogrel 75 mg e AAS 100 mg após AVC isquêmico mostrou menores riscos precoce de novo AVC sem aumentar o risco de sangramento.

Após a administração por via oral de 75 mg/dia, este medicamento começa a agir em até 2 horas, mas pode levar de 3 à 7 dias para alcançar o seu efeito máximo. Ao concluir a sua ação, o clopidogrel é excretado pela urina e pelas fezes. Em caso de intervenções cirúrgicas ou outro, é necessário interromper o uso 5 dias antes do procedimento.

2) Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF):

Conforme Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (PCDT), o clopidogrel encontra-se entre os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), os quais são indicados para o tratamento de doenças crônicas e/ou raras, de alto custo, fornecidos pelo Estado e dispensados em farmácias especializadas.

Para tanto, são exigidos documentos de identificação (RG, CPF, cartão do SUS e comprovante de residência) e documentação médica, em especial o Laudo de Medicamento Especializado (LME), necessário para a para solicitação de medicamentosadequadamente preenchido pelo Médico e a Prescrição Médica, de unidades SUS ou particulares, desde que inscritos no CNES.Após a solicitação, o processo passará por uma avaliação técnica e, se estiver de acordo com os PCDT específicos para as doenças autorizadas pelo Ministério da Saúde, o paciente será aprovado para a retirada dos medicamentos.

Cada LME tem validade de 90 dias a contar da data da solicitação pelo prescritor e atende até 06 meses de tratamento. No caso do **CLOPIDOGREL 75 MG**, este laudo deve ser renovado para que o paciente consiga adquirir este medicamento pelo tempo máximo fornecido pelo Estado, que são 9 meses.

3) Critérios de Inclusão e Tempo sugestivo de tratamento:

INDICAÇÃO	TEMPO DE TRATAMENTO	OBS.
IAM sem stent	Até 1 mês	Associado ao AAS
IAM com stent farmacológico	Máximo 12 meses	Associado ao AAS
IAM com stent não farmacológico	Até 1 mês	Associado ao AAS
IAM prévio, em evolução ou recorrente	Até 1 mês	Associado ao AAS
Síndrome coronariana aguda	De 6 à 12 meses	Associado ao AAS
Intolerância/hipersensibilidade ao AAS	Indeterminado	*
AVC sem stent	Até 3 meses	Associado ao AAS
AVC com stent	Até 6 meses	Associado ao AAS
Embolia e Trombose arterial	Até 12 meses	Associado ao AAS
Angina pectoris	Consultar o médico	
Outras Doenças isquêmicas	Consultar o médico	

***:** Em caso de tempo de tratamento indeterminado, é necessário que haja justificativa médica para seu uso.

4) Prescrição e Dispensação

A prescrição deverá ser realizada pormédico cardiologista, hematologista ou cirurgião vascular. Além disso, deverá ser preenchido um Formulário Municipal de Solicitação do Clopidogrel 75 mg. Ambos possuem validade de 6 meses e a quantidade máxima do medicamento a ser fornecida são 30 comprimidos ao mês.

A dispensação será realizada na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAFAR) mediante os documentos:

- Prescrição realizada por cardiologista, hematologista ou cirurgião vascular
- Formulário Municipal de Solicitação realizado por médico da rede
- Cópia de exames

- Cópias de documentos de identificação (RG, CPF e cartão do SUS)
- Comprovante de residência.

O paciente deverá inicialmente solicitar o medicamento ao Estado e, caso seja necessário um tratamento superior a 9 meses, solicitá-lo ao Cafar que a Secretaria Municipal de Saúde completará o tratamento por um período de 3 meses, totalizando o prazo máximo de tratamento descrito na literatura com este medicamento, que é de 12 meses.

Caso haja indicação médica de continuidade do tratamento, o profissional de saúde que realiza acompanhamento ao paciente deverá justificar o seu uso.

O uso prolongado desse antiplaquetário, normalmente prescrito por até 12 meses, traz elevado risco de hemorragias aos pacientes, principalmente em idosos, que se submetem a uma angioplastia coronariana.

FORMULÁRIO MUNICIPAL DE SOLICITAÇÃO DO CLOPIDOGREL

DADOS DO PACIENTE

Nome: _____
Cartão do SUS: _____ Nº do Prontuário: _____
Data de Nascimento: _____ Sexo: ( ) F ( ) M
Endereço: _____
Telefone para contato: _____
Unidade de Saúde de origem: _____

TRATAMENTO - Clopidogrel 75 mg
Posologia: _____
Indicação: _____
CID: _____ Tempo de Tratamento:_____
Uso concomitante de outro medicamento? Qual? _____
Uso de Clopidogrel por mais de 12 meses: ( ) Sim ( ) Não
Justificativa: _____
_____
_____.
Evento isquêmico:
( ) Angina instável ( ) IAM ( ) AVC Data: _____

Angioplastia:
( ) Sem stent ( ) Com stent. Qual: _____

DOCUMENTOS ANEXADOS
( ) Tomografia ( ) US de catótida ( ) Cateterismo ( ) Cirurgia

SOLICITAÇÃO
Nome do Profissional: _____
CMR: _____ CNES: _____
Assinatura: Data:

ANEXO VIII

FORMULÁRIO DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS NA REMUME

Tipo de proposta: ( ) Inclusão ( ) Exclusão ( ) Alteração

Nome Genérico: _____

Dose/Concentração: _____ Duração Trat.: _____

Forma Farmacêutica: _____

Classe terapêutica: _____

_____

Indicação Terapêutica: _____

_____

_____

Justificativa para solicitação: _____

_____

_____

_____

Vantagens/desvantagens: _____

_____

Conta-indicações, Precauções e Toxicidades: _____

_____

_____

Indique qual(is) medicamento(s) da remume pretende substituir:

_____

O medicamento possui registro na ANVISA: ( ) Sim ( ) Não

O medicamento está presente na RENAME: ( ) Sim ( ) Não

O medicamento está registrado como genérico: ( ) sim ( ) Não

Nome do profissional: _____

Registro: _____ Unidade de saúde: _____

Data, Carimbro e Assinatura:

OBS: Anexar cópias de três estudos científicos conforme a melhor evidência disponível que fundamente a eficácia/efetividade do fármaco proposto.