



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO  
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO  
(MEDICAMENTO ALTO CUSTO) FINANCIADO PELO GOVERNO FEDERAL.**

De acordo com a RENAME 2022 (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), este processo é feito por especialista de acordo com o protocolo Clínico, sendo preenchidos os formulários do Ministério da Saúde pelo mesmo como LME (Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos), Termo de Esclarecimento e Responsabilidade do medicamento, Receitas, Médica, Exames específicos e documentos pessoais.

O cadastro é feito em Conceição do Araguaia 12ª Regional, nós da Assistência Farmacêutica de Xinguara somos responsáveis apenas em orientar o paciente, receber e enviar as documentações. Após os documentos serem enviados para CONCEIÇÃO DO ARAGUAIA, há um tramite a ser feito, com isso a 12ª REGIONAL nos dá o prazo de 40 a 60 dias para enviar os medicamentos. **De acordo com o Ministério da Saúde o cadastro deve ser renovado a cada 6 meses tendo que enviar toda a documentação novamente assinada pelo Médico para a 12ª Regional.**

De acordo com a Portaria nº 1554/GM/MS, de 30 de julho de 2013 dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sendo assim os medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos **Estados e Distrito Federal**, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.



**ELENCO ESTADUAL**

UF	Medicamento	Composição	Antecipação
PA	ABATACEPTE 125 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) 1 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ABATACEPTE 250 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 150 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
PA	ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 300 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
PA	ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 50 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
PA	ACITRETINA 10 MG CAP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	ACITRETINA 25 MG CAP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ALFACALCIDOL 1 MCG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	ALFADORNASE 2,5 MG AMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ALFAELOSULFASE 1 MG/ML SOL INJ (FR) 5 ML GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
PA	ALFAEPOETINA 10.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ALFAEPOETINA 2.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ALFAEPOETINA 3.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ALFAEPOETINA 4.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ALFAINTERFERONA 2B 10.000.000 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ALFAINTERFERONA 2B 3.000.000 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ALFAINTERFERONA 2B 5.000.000 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ALFAPEGINTERFERONA 2A 180 MCG SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ALFAPEGINTERFERONA 2B 100 MCG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ALFAPEGINTERFERONA 2B 120 MCG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ALFAPEGINTERFERONA 2B 80 MCG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ALFATALIGLICERASE 200 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	AMANTADINA 100 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	AMBRISENTANA 10 MG COMP REV GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	AMBRISENTANA 5 MG COMP REV GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	ATORVASTATINA 10 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	ATORVASTATINA 20 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	AZATIOPRINA 50 MG COMPRIMIDO ELENCO ESTADUAL	NÃO	SIM
PA	BETAINTERFERONA 1A 12.000.000UI (44MCG) SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (22MCG) SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (30MCG) PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC	NÃO	SIM
PA	BETAINTERFERONA 1B 9.600.000UI (300MG) PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	BIOTINA 2,5 MG CÁPSULA GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
PA	BOCEPREVIR 200 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	BOSENTANA 125 MG COMP REV GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	BOSENTANA 62,5 MG COMP REV GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	BRENTUXIMABE VEDOTINA 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP)	NÃO	NÃO
PA	BROMOCRIPTINA 2,5 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	CABERGOLINA 0,5 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	CALCIPOTRIOL 50 MCG/G POM (BIS) 30 G GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CALCITONINA 200 UI POR DOSE SPRAY NAS (FR) GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CALCITRIOL 0,25 MCG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CALCITRIOL 1 MCG SOL INJ (AMP) GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGEEA GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CINACALCETE 30 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM

**BELEM - PA****SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ - SESPA**

Terça-feira 03 Agosto 2021

**DEPARTAMENTO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DEAF**

Página 2 de 5

**CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO - CAF****CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO - CAF/SESPA****ELENCO ESTADUAL**

UF	Medicamento	Composição	Antecipação
PA	CINACALCETE 60 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	CIPROTERONA 50 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	CLOBAZAM 10 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CLOBAZAM 20 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CLOBETASOL 0,5 MG/G CREM (BIS) 30 G GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CLOBETASOL 0,5 MG/G SOL CAPI (FR) 50 G GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CLOPIDOGREL 75 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CLOZAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	CLOZAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	CODEÍNA 30 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CODEÍNA 30 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILCETONURICO MAIOR DE 1 ANO -	NÃO	SIM
PA	COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILCETONURICO MENOR DE 1 ANO -	NÃO	SIM
PA	DACLATASVIR 30 MG COMP REV GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	DACLATASVIR 60 MG COMP REV GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	DANAZOL 100 MG CAP GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
PA	DANAZOL 200 MG CAP GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
PA	DANAZOL 50 MG CAP GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
PA	DEFERASIROX 125 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	DEFERASIROX 250 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	DEFERASIROX 500 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	DEFERIPRONA 500 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	DESFERROXAMINA 500 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	DESMOPRESSINA 0,1 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
PA	DESMOPRESSINA 0,1 MG/ML SOL OU SPRAY NAS (FR) 2,5 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	DESMOPRESSINA 0,2 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
PA	DONEPEZILA 10 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	DONEPEZILA 5 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ELBASVIR + GRAZOPREVIR 50 + 100 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
PA	ELTROMBOPAGUE 25 MG COMP REV GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
PA	ELTROMBOPAGUE 50 MG COMP REV GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
PA	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG SOL INJ (SER PREENC) 0,4 ML GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
PA	ENTACAPONA 200 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ENTECAVIR 0,5 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ENTECAVIR 1 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ETANERCEPTE 25 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ETANERCEPTE (BIOSSIMILAR BIO-MANGUINHOS) 50 MG SOL INJ (FR-AMP OU SER	NÃO	SIM
PA	ETANERCEPTE (PFIZER/ENBREL®) 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC)	NÃO	SIM
PA	ETOSSUXIMIDA 50 MG/ML XPE (FR) 120 ML GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	EVEROLIMO 0,5 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	EVEROLIMO 0,75 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	EVEROLIMO 1 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	FENOFIBRATO 250 MG CAP DE LIB RETARD GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	FENOTEROL, BROMIDRATO + IPRATRÓPIO, BROMETO 0,1 + 0,04 MG/DOSE	NÃO	NÃO
PA	FILGRASTIM 300 MCG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	FINGOLIMODE 0,5 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	FLUDROCORTISONA 0,1 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	FORMOTEROL + BUDESONIDA 12 + 400 MCG CAP INAL GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	FORMOTEROL + BUDESONIDA 6 + 200 MCG CAP INAL GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	FUMARATO DE DIMETILA 120 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	FUMARATO DE DIMETILA 240 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	GABAPENTINA 300 MG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM



**ELENCO ESTADUAL**

UF	Medicamento	Composição	Antecipação
PA	GABAPENTINA 400 MG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	GALANTAMINA 16 MG CAP DE LIB PROL GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	GALANTAMINA 24 MG CAP DE LIB PROL GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	GALANTAMINA 8 MG CAP DE LIB PROL GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	GALSULFASE 1 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 ML GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
PA	GLATIRAMER 20 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	GLATIRAMER 40 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	GLECAPREVIR + PIBRENTASVIR 100 + 40 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	GOLIMUMABE 50 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	GOSSERRELINA 10,8 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	GOSSERRELINA 3,6 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	HIDROXICLOROQUINA 400 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	HIDROXIURÉIA 500 MG CAP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	HIDROXIURÉIA 500 MG CÁPSULA ELENCO ESTADUAL	NÃO	SIM
PA	IDURSULFASE ALFA 2 MG/ML SOL INJ (FR) 3 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ILOPROSTA 10 MCG/ML SOL P/ NEBUL (AMP) 1 ML GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	IMIGLUCERASE 200 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	IMIGLUCERASE 400 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 100 UI SOL INJ (FR) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 1000 UI SOL INJ (FR) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 500 UI SOL INJ (FR) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 600 UI SOL INJ (FR) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	INFLIXIMABE 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA 100 UI/ML TUBETE 3 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ISOTRETINOÍNA 10 MG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	ISOTRETINOÍNA 20 MG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	LAMIVUDINA 150 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	LAMOTRIGINA 100 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	LAMOTRIGINA 25 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	LAMOTRIGINA 50 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	LANREOTIDA 120 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	LANREOTIDA 60 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	LANREOTIDA 90 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	LARONIDASE 0,58 MG/ML SOL INJ (FR) 5 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	LEDIPASVIR + SOFOSBUVIR 90 + 400 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	LEFLUNOMIDA 20 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	LEUPRORRELINA 11,25 MG PÓ LIOF INJ (SER PREENC) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	LEUPRORRELINA 3,75 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	LEVETIRACETAM 100 MG/ML SOLUÇÃO ORAL 100 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	LEVETIRACETAM 100 MG/ML SOLUÇÃO ORAL 150 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	LEVETIRACETAM 250 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
PA	LEVETIRACETAM 750 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
PA	MEMANTINA, CLORIDRATO 10 MG CAP LIBERAÇÃO CONTROLADA GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
PA	MESALAZINA 1000 MG SUPOS GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	MESALAZINA 400 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	MESALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	MESALAZINA 800 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	METILPREDNISOLONA 500 MG PÓ LIOF INJ (AMP) GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	METOTREXATO 2,5 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM



**ELENCO ESTADUAL**

UF	Medicamento	Composição	Antecipação
PA	MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	MIGLUSTATE 100 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	MORFINA 10 MG/ML SOL INJ (AMP) 1 ML GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	MORFINA 30 MG CAP LIBERAÇÃO CONTROLADA GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	MORFINA 30 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	MORFINA 60 MG CAP LIBERAÇÃO CONTROLADA GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	NATALIZUMABE 300 MG SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	NUSINERSENA 2,4 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 ML GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
PA	OCTREOTIDA LAR 10 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	OCTREOTIDA LAR 20 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	OCTREOTIDA LAR 30 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	OLANZAPINA 10 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	OLANZAPINA 5 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	OMBITASVIR/VERUPREXVIR/RITONAVIR + DASABUVIR 12,5/75/50 MG + 250 MG	NÃO	SIM
PA	PAMIDRONATO 30 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	PAMIDRONATO 60 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	PANCREATINA 10.000 UI CAP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	PANCREATINA 25.000 UI CAP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	PARICALCITOL 5 MCG/ML SOL INJ (AMP) 1 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	PENICILAMINA 250 MG CAP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	PERTUZUMABE 30 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 14 ML	NÃO	NÃO
PA	PIRIDOSTIGMINA 60 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	PRAMIPEXOL 0,125 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	PRAMIPEXOL 0,25 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	PRAMIPEXOL 1 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	QUETIAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	QUETIAPINA 200 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	QUETIAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	QUETIAPINA 300 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	RALOXIFENO 60 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	RASAGILINA 1 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	RIBAVIRINA 250 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	RILUZOL 50 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	RISEDRONATO 35 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	RISPERIDONA 1 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	RISPERIDONA 1 MG/ML SOL ORAL (FR) 30 ML GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	RISPERIDONA 2 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	RISPERIDONA 3 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	RITUXIMABE (ROCHE/MABTHERA®) 500 MG SOL INJ (FR-AMP) 50 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	RIVASTIGMINA 1,5 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	RIVASTIGMINA 18 MG ADESIVO TRANSDÉRMICO GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	RIVASTIGMINA 2 MG/ML SOL ORAL (FR) 120 ML GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	RIVASTIGMINA 3 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	RIVASTIGMINA 4,5 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	RIVASTIGMINA 6 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	RIVASTIGMINA 9 MG ADESIVO TRANSDÉRMICO GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO 100 MG SOL INJ (FR) 5 ML GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	SECUQUINUMABE 150 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	SELEGILINA 5 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	SEVELAMER 800 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	SILDENAFILA 20 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM



ELENCO ESTADUAL

UF	Medicamento	Composição	Antecipação
PA	SILDENAFILA 25 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	SILDENAFILA 50 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	SIMEPREVIR 150 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	SIROLIMO 1 MG DRÁGEA GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	SIROLIMO 2 MG DRÁGEA GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	SOFOSBUVIR + VELPATASVIR 400 + 100 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	SOFOSBUVIR 400 MG COMP REV GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	SOMATROPINA 12 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	SOMATROPINA 16 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
PA	SOMATROPINA 4 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	SULFASSALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	TACROLIMO 1 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	TACROLIMO 5 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	TAFAMIDIS 20 MG CÁPSULA GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
PA	TALIGLUCERASE ALFA 200 U PÓ LIOFILIZADO	NÃO	NÃO
PA	TELAPREVIR 375 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	TENOFOVIR 300 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	TERIFLUNOMIDA 14 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
PA	TOBRAMICINA 300/5 MG/ML SOLUÇÃO INALATÓRIA (POR AMPOLA) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	TOCILIZUMABE 20 MG/ML SOL INJ (FR-AMP) 4 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	TOFACITINIBE 5 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	TOPIRAMATO 100 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	TOPIRAMATO 25 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	TOPIRAMATO 50 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	TOXINA BOTULÍNICA TIPO A 100 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	TOXINA BOTULÍNICA TIPO A 500 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	TRASTUZUMABE, PERTUZUMABE 440, 420 MG EM FRASCOS SEPARADOS PÓ	NÃO	NÃO
PA	TRIENTINA 250 MG CÁPSULA GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
PA	TRIPTORRELINA 3,75 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	USTEQUINUMABE 45/0,5 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) 0,5 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	USTEQUINUMABE 90 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,5 ML	NÃO	NÃO
PA	VEDOLIZUMABE 300 MG PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
PA	VIGABATRINA 500 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	ZIPRASIDONA 40 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ZIPRASIDONA 80 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO  
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**MEDICAMENTOS BÁSICOS FORNECIDOS PELO MUNICÍPIO.**

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Cbaf) inclui os medicamentos que tratam os principais problemas e condições de saúde da população brasileira na Atenção Primária à Saúde.

<b>Descrição</b>
Aciclovir 200mg
Ácido Fólico 5mg
Ácido Acetilsalicílico 100mg
Acetilcisteína 20mg/ml
Acetilcisteína 40mg/ml
Ampicilina 50mg/ml
Ampicilina 500mg
Amoxicilina 500mg
Amoxicilina Po P/ SUSP. ORAL 250MG/5ML
Amoxicilina+clavunato 875mg+125mg
Amiodarona 200mg
Ambroxol 3mg/ml
Ambroxol 6mg/ml
Anlodipino 5mg
Anlodipino 10mg
Albendazol 40mg/ml
Albendazol 400mg
Alendronato 10mg
Alendronato 70mg
Atenolol 25mg
Atenolol 50mg
Atenolol 100mg
Azitromicina 40mg/ml
Azitromicina 500mg
Acebrofilina 25mg/ml



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO  
ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA**

Acebrofilina 50MG/ML
Ácido Graxo 100ml
Benzoato de Benzila 250mg/ml
Brometo de Ipratrópio sol. Inal. 0,25
Bromidrato de Fenoterol gts Inl.
Bromoprida 10mg
Bromoprida 4mg/ml gts
Carbocisteína 20mg/ml
Carbocisteína 50mg/ML
Carbonato de cálcio + colecalciferol cpr 500mg+200 UI
Carvedilol 3,125 mg
Carvedilol 6,25 mg
Carvedilol 12,5 mg
Carvedilol 25mg
Captopril 25mg
Captopril 50mg
Cetoconazol 200mg
Cetoconazol 2%
Cefalexina 50mg/ml
Cefalexina 500mg
Cinarizina 25mg
Cinarizina 75mg
Cimetidina 200mg
Ciprofloxacino 500mg
Dipirona 500mg/ml
Dipirona 500mg
Digoxina 0,25mg
Doxiciclina 100mg
Dexclorferamina 0,4mg/ml
Dexclorferamina 2mg
Dexametasona 1mg
Dexametasona 4mg
Escopolamina+dipirona CPR
Espironolactona 25mg
Espironolactona 100 mg
Enalapril 20mg
Enalapril 10mg
Furosemida 40mg





**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO  
ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA**

Fluconazol 150mg
Glibenclamida 5mg
Hidroxido de Alumínio
Hidroclorotiazida 25mg
Itraconazol 100mg
Ibuprofeno 50mg/ml
Ibuprofeno 600mg
Ibuprofeno 300mg
Isorssobida 5mg
Ivermectina 6mg
Levofloxacino 750mg
Loratadina 1mg/ml
Loratadina 10mg
Losartana 50mg
Lidocaína 2% gel
Metformina 850mg
Metformina 500mg
Metildopa 250mg
Metildopa 500mg
Metoclopramida 4mg/ml
Metoclopramida 10mg
Metronidazol 250mg
Metronidazol 400mg
Metronidazol 100mg/g
Metronidazol+Nistatina100mg+20.000
Mebendazol 20mg/ml
Mebendazol 100mg
Nitrato de Miconazol cr. Vaginal 2%
Neomicina+Bacitracina 5mg/g+250UI/g
Nifedipino 10mg
Nifedipino 20mg
Nistatina 50mg/ml
Nistatina 25.000UI/G
Nimesulida 50mg/ml
Nimesulida 100 MG
Óleo mineral
Omeprazol 20mg
Paracetamol 200mg/ml



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO  
ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA**

Paracetamol 500mg
Polivitaminico B(B1,B2,B6,B3)
Prednisona 5mg
Prednisona 20MG
Propranolol 40mg
Prometazina 25mg
Salbutamol 2mg/ML
Sais de Reidratação Oral
Secnidazol 1000mg
Sinvastatina 10mg
Sinvastatina 20mg
Sinvastatina 40mg
Simeticona 75mg/ml
Simeticona 40mg
Sulf.+Trimetropina 40+8mg/ml
Sulf.+Trimetropina 400mg+80mg
Sulfato Ferroso 5mg/ml XP
Sulfato Ferroso 25mg/ml GOTAS
Sulfato Ferroso 40mg