



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01	Aprovação/Função
	Elaboração/ Função	
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christófar Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

1- Introdução

A crise econômica que o país está enfrentando afeta, diretamente, o setor saúde, provocando a diminuição no número de atendimentos conveniados e particulares, e, conseqüentemente, o aumento dos atendimentos pelo SUS. Cerca de um milhão de pessoas perderam seus convênios, aumentando de trinta a quarenta por cento os usuários do Sistema Único de Saúde no nosso município.

2- Objetivos

- Garantir o atendimento para aqueles que realmente necessitam;
- Promover o uso racional dos medicamentos;
- Organizar o processo de trabalho;
- Direcionar os profissionais envolvidos;
- Contribuir de forma fundamental para a melhoria do atendimento.

3- Justificativa

A Constituição Federal põe a vida como sendo o bem maior dos direitos fundamentais, preceituando, em seu art. 196 que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, porém, prevê em seu art. 198, III, **a participação popular** como sendo uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A Lei 8080/90 e o Decreto 7508/2011, que regulamenta a lei Orgânica da Saúde, dispõe que o dever do Estado em prover ações e serviços de saúde **não exclui o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade** (art. 2º, parágrafo 2º).

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 1 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01 Elaboração/ Função	Aprovação/Função
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christófar Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

4- Normas gerais:

Do atendimento:

- ✓ Locais de atendimento: Farmácia Central, Farmácia de Alto Custo, Farmácia do PAMM II Ana Maria Nacarato Pupim (distrito de Aparecida) e Farmácia do Pronto Socorro Municipal.
- ✓ Horários de funcionamento:
 - Farmácia Central: das 7:00 às 15:00, de segunda a sexta-feira.
 - Farmácia de Alto Custo: das 11:00 às 16:00, de segunda a sexta-feira (NÃO HÁ ATENDIMENTO AO PÚBLICO ÀS QUINTAS-FEIRAS).
 - Farmácia PAMM II: das 9:00 às 12:00, de segunda a sexta-feira.
 - Farmácia Pronto Socorro: atendimento ao público somente em feriados/ ponto facultativo, 24 horas.
- ✓ O atendimento, em todas as farmácias, é feito mediante apresentação da prescrição médica/odontológica e documentos de identificação pessoal - RG, CNH ou certidão de nascimento (crianças), para usuários cadastrados e residentes no município.
- ✓ Os medicamentos serão entregues apenas para maiores de 16 anos, devidamente identificados (RG).

Das alterações no elenco de medicamentos da padronização municipal

- ✓ A padronização municipal passou por revisão e adequação.
- ✓ A padronização de um medicamento, para fornecimento por um **sistema de saúde público**, requer análises técnico-científicas, a partir das melhores evidências científicas disponíveis, e acompanhadas por estudos de impacto financeiro para o sistema público

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 2 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01	Aprovação/Função
	Elaboração/ Função	
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christófar Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

de saúde brasileiro. Esse processo é fundamental para a disponibilização de medicamentos eficazes, seguros e com uma relação custo-benefício adequada.

- ✓ Destaca-se que a relação custo-benefício é um pré-requisito fundamental, utilizado também nos países com sistemas de saúde semelhantes ao do Brasil. Porém, acima de qualquer mérito, o Ministério da Saúde visa, sempre, o fornecimento de procedimentos em saúde que sejam seguros, eficazes e de qualidade, ou seja, procedimentos que proporcionem a formação, proteção e recuperação da saúde da população, estabelecidos pelo artigo 196 da Constituição Brasileira.
- ✓ Salienta-se ainda que a União, os Estados e os Municípios são os gestores do SUS, com responsabilidade, competência e legitimidade para orientar e organizar as políticas de saúde pública brasileiras, pautadas pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Medicamentos fornecidos mediante condições específicas:

- **Montelucaste 5mg** – será entregue apenas para prescrições de usuários dentro da faixa etária recomendada em bula (6 a 14 anos).
- **Enoxaparina 20mg e 40mg** – Para gestantes, será feito a solicitação via resolução estadual SS nº 54 de 11 de maio de 2012. A farmácia fornecerá o medicamento enquanto aguarda o início do fornecimento pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Para os demais casos, entrega normal.
- **Tramadol 50mg e 100mg** – apenas prescrições de Ortopedia (tratamento para 10 dias) e de Oncologia (até 30 dias de tratamento).
- **Budesonida 32mcg** – será entregue apenas para prescrições de pacientes pediátricos (até 18 anos).
- **Ceftriaxona 500mg e 1G (IM/ EV)** – dispensação mediante prescrição médica e formulário específico (ANEXO II).
- **Paracetamol 500mg+codeína 30mg** – apenas prescrições de Ortopedia (tratamento para 10 dias) e de Oncologia (até 30 dias de tratamento).

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 3 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referência: Protocolo	Código SS. FAR. 01	Aprovação/Função
	Elaboração/ Função	
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christófar Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

- **Bisacodil comprimido 5mg** – apenas para preparo de exame (com apresentação da guia).
- **Dimeticona gotas** – apenas para preparo de exame (com apresentação da guia).
- **Oseltamivir (Tamiflu)** – a dispensação é feita somente na Farmácia do Pronto Socorro.
- **Brometo de ipratrópio gotas (Atrovent), fenoterol gotas (Berotec) e soro fisiológico** – NÃO são entregues para os usuários utilizarem em suas residências. São fornecidos apenas para uso nas salas de inalação das unidades de saúde.
- **Piracetam comprimido 800mg**: apenas prescrições de geriatra e neurologista.

Informações importantes:

- ✓ As prescrições médicas/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), conforme art. 3º da Lei Federal nº 9787/1999. **Portanto, prescrições com nome comercial do medicamento não serão atendidas pelas farmácias da rede pública municipal.**
- ✓ O receituário não pode conter rasura, conforme Lei 5.991/73 (Capítulo VI, Art. 43).
- ✓ Prescrição de Pronto Socorro/ UPA é atendida apenas uma única vez (não é considerada “USO CONTÍNUO”).
- ✓ Prescrição de “**Uso Contínuo**” pode ser utilizada, para retiradas mensais, por até **seis meses** (exceto antimicrobianos e medicamentos da Portaria 344/1998), a partir da data de emissão. Prescrições de anticoncepcional podem ser utilizadas por até 1 (um) ano, a partir da data de emissão, desde que indicado na prescrição (caso contrário, serão considerados 6 meses).

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 4 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01	Aprovação/Função
	Elaboração/ Função	
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christóforo Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

5 – Medicamentos de Controle Especial - ANTIMICROBIANOS

- ✓ Prescrição de antibiótico tem validade de **10 (dez) dias**, a partir da data de emissão, e deve ser feita em duas vias, conforme resolução RDC 20/2011.
- ✓ Prescrição de **antibiótico** para “**uso contínuo**”: é fornecida a quantidade para até **90 dias de tratamento** (fracionada em três retiradas, uma a cada 30 dias), conforme resolução RDC 20/2011. Após esse período, é necessária nova prescrição.
- ✓ **CEFTRIAXONA:** Em revisão das prescrições antimicrobianas neste Município, foi observado um aumento considerável no uso do medicamento ceftriaxona (cefalosporina de terceira geração), um antibiótico da classe betalactâmicos, de largo espectro, bactericida, que atua inibindo a síntese da parede celular da bactéria. É administrado por via parenteral (intramuscular ou intravenoso). **Este antibiótico está associado com o desenvolvimento de bactérias multirresistentes. Por este motivo deve ser evitado para tratamento de Otite média aguda, Amigdalites, Pneumonia adquirida na comunidade e Infecção Urinária, em pacientes estáveis hemodinamicamente.**

Normas para a dispensação de ceftriaxona injetável

- A ceftriaxona está disponível, no município, nas seguintes apresentações: **frasco-ampola de 500mg (uso intramuscular) e frasco-ampola de 1 g (uso endovenoso).**
- Para a retirada de ceftriaxona na Farmácia Central, Farmácia do PAMM Ana Maria Nacarato Pupim (distrito de Aparecida) e Farmácia do Pronto Socorro Municipal, será obrigatória a apresentação de formulário específico (Anexo II), junto com o receituário.

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 5 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01	Aprovação/Função
	Elaboração/ Função	
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christófar Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

- O formulário deve ser preenchido em sua totalidade, com letra legível: ele traz as **justificativas plausíveis** para o uso deste antibiótico e para a orientação da dispensação pela farmácia.
- O formulário encontra-se disponível para impressão na internet, no site da prefeitura: www.montealto.sp.gov.br - ícone **Assistência Farmacêutica**.
- Esta norma vale para todas as prescrições que forem destinadas ao atendimento pelas Farmácias da **rede pública municipal**, sejam elas provenientes do serviço público, bem como dos convênios e particulares.

6 – Medicamentos de Controle Especial – PORTARIA Nº 344/1998

- ✓ As prescrições têm validade de **30 (trinta) dias**, a partir da data de emissão, e deve ser feita em duas vias. As quantidades de medicamento a serem entregues também estão previstas pela mesma portaria, a saber:
 - **Notificação de receita B (azul):** poderá conter no máximo 5 (cinco) ampolas e, para as demais formas farmacêuticas, a quantidade para o tratamento correspondente, no máximo, a 60 (sessenta) dias.
 - **Notificação de receita A (amarela):** poderá conter no máximo de 5 (cinco) ampolas e para as demais formas farmacêuticas, poderá conter a quantidade correspondente, no máximo, a 30 (trinta) dias de tratamento.
 - **Receituário de Controle Especial – lista C1** poderá conter, em cada receita, no máximo 3 (três) substâncias constantes da lista "C1" e ficará limitada a 5 (cinco) ampolas, e para as demais formas farmacêuticas, a quantidade para o tratamento correspondente a, no máximo, 60 (sessenta) dias.
 - No caso de prescrição de medicamentos **antiparkinsonianos** e **anticonvulsivantes**, a quantidade ficará limitada até 6 (seis) meses de

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 6 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01	Aprovação/Função
	Elaboração/ Função	
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christófar Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

tratamento (com retiradas fracionadas a cada 30 ou 60 dias, conforme disponibilidade da farmácia).

- **Talidomida (notificação de receita C3):** A quantidade de Talidomida por prescrição, em cada Notificação de Receita, não poderá ser superior a necessária para o tratamento de 30 (trinta) dias. A Notificação de Receita Especial da Talidomida terá **validade de 15 (quinze) dias**, contados a partir de sua emissão e somente dentro da Unidade Federativa que concedeu a numeração.

É importante lembrar que, receituário de controle especial vencido NÃO pode ser atendido, seja por qual for o motivo, inclusive por falta do medicamento na Farmácia Central. Nesse caso, deve ser providenciado novo receituário para atendimento.

7- Analgésicos Opióides: TRAMADOL e PARACETAMOL+CODEÍNA

- ✓ **Paracetamol 500mg+codeína 30mg:** é indicada para o alívio de dores de grau moderado a intenso, como nas decorrentes de traumatismo, pós-operatório, pós-extração dentária, neuralgia, lombalgia, dores de origem articular e condições similares. A codeína pode induzir dependência do tipo morfínico e, portanto, apresenta potencial para provocar o hábito. Ao prescrever medicamentos contendo codeína, os médicos devem optar pela menor dose eficaz, pelo menor período de tempo e informar aos pacientes sobre esses riscos e os sinais de superdose de morfina.
- ✓ **Tramadol 50mg e 100mg:** O tramadol é uma substância opióide, indicada para o tratamento da dor de intensidade moderada à severa, de caráter agudo, subagudo e crônico. Assim como a codeína, também pode causar dependência.

Visando o Uso Racional de Medicamentos, estes medicamentos são fornecidos, pelas farmácias da rede pública municipal, **SOMENTE** nos seguintes casos:

- **Oncologia:** Fornecida a quantidade máxima suficiente para **30 dias de tratamento**. A entrega é mensal, portanto, será liberada nova retirada somente após 30 (trinta) dias da retirada anterior, com nova prescrição.

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 7 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01	Aprovação/Função
	Elaboração/ Função	
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christófar Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

- **Cirurgia, Ortopedia:** Fornecida a quantidade máxima suficiente para **10 dias de tratamento**. A entrega é mensal, portanto, será liberada nova retirada somente após 30 (trinta) dias da retirada anterior, com nova prescrição, se for necessário.

Observação: Para o tratamento da Dor Crônica, (CID10: R52.1, R52.2) o SUS oferece medicamentos por meio do **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Alto Custo)**, mediante critérios estabelecidos pelo **Protocolo de Dor Crônica, do Ministério da Saúde**. Portanto, se este for o caso do usuário, orienta-se adequação do mesmo ao Protocolo.

8 – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica divide o financiamento da Assistência Farmacêutica em três blocos:

- **Componente Básico da Assistência Farmacêutica:** destina-se à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da atenção básica em saúde e àquelas relacionadas a agravos e programas de saúde específicos: Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição, e Combate ao Tabagismo.
 - **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica:** controle de endemias, tais como a tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; anti-retrovirais dos Programas de DST/AIDS; Sangue, Hemoderivados e Imunobiológicos.
 - **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Alto Custo):** Os medicamentos disponibilizados pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) são padronizados através dos **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)** do Ministério da Saúde.
- ✓ Os PCDT têm o objetivo de estabelecer, claramente, os critérios de diagnóstico de cada doença, o algoritmo de tratamento das doenças, com as respectivas doses adequadas e os mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade do

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 8 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01	Aprovação/Função
	Elaboração/ Função	
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christófar Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

tratamento e a supervisão de possíveis efeitos adversos. Observando ética e tecnicamente a prescrição médica, os PCDT, também, objetivam criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz. **Portanto, no âmbito do CEAF, os medicamentos devem ser dispensados para os pacientes que se enquadrarem nos critérios estabelecidos no respectivo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas.**

- ✓ Os PCDT estão disponíveis na Internet, no site do **Ministério da Saúde** (<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/840-sctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/l3-cgceaf/11646-pcdt>), também no site da **Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo** (<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/medicamentos-dos-componentes-da-assistencia-farmaceutica/medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/>) e trazem, entre outras informações, a documentação necessária para solicitação dos medicamentos.

9 - Medicamentos Não-padronizados

- ✓ As ações de assistência farmacêutica devem promover o acesso e o **uso racional dos medicamentos**, observados os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, como parte integrante da Política Estadual de Saúde e em consonância com a Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica, de forma **segura, humanizada e sustentável**;
- ✓ Os medicamentos padronizados nos programas são criteriosamente avaliados no que se refere à eficiência e à efetividade, além da relação custo/benefício;
- ✓ Apesar de 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.**
- ✓ De acordo com o artigo 1º, parágrafo 1º da **Resolução Estadual SS 83, de 17 de agosto de 2015**, também conforme a **Resolução nº 278 de 23 de setembro de 2015 do CREMESP**, a prescrição fora da relação de medicamentos preconizados pelo SUS deve ser devidamente justificada pelo médico prescriptor e corroborada pela instância institucionalmente definida para tanto, do serviço de saúde ao qual o médico estiver vinculado.

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 9 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01	Aprovação/Função
	Elaboração/ Função	
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christófar Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

- ✓ Portanto, quando da prescrição de medicamento não-padronizado pelo SUS (em nenhum dos Componentes da Assistência Farmacêutica), para solicitação **via judicial**, deve ser anexado junto à prescrição o formulário de justificativa (ANEXO III).

10 – Aparelhos de glicemia e insumos para tratamento do diabetes

- ✓ Os aparelhos para aferição da glicemia e tiras reagentes são fornecidos somente aos usuários **insulino-dependentes, atendidos e acompanhados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)**.
- ✓ Para o fornecimento é necessária a apresentação da solicitação médica dos insumos (aparelho, tiras e seringas), bem como a prescrição médica de insulina.
- ✓ Esta determinação está fundamentada pela **Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007, do Ministério da Saúde**, que define o elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, aos usuários portadores de diabetes mellitus.

11 – Solicitações de materiais para Enfermagem

- ✓ Solicitações de materiais (soro para curativo, sondas, equipos, frascos para nutrição, compressas, ataduras, esparadrapo, etc.) para pacientes devem ser avaliadas pela equipe de enfermagem nas Unidades de Saúde, que são responsáveis por requisitar os mesmos à Farmácia Central (ESTOQUE).
- ✓ As requisições de materiais/medicamentos para reposição do estoque das Unidades de Saúde e para uso particular dos pacientes, bem como solicitações para escolas municipais e outras instituições devem ser encaminhadas à Secretaria de Saúde para triagem e avaliação da diretoria. Após avaliação e autorização, as requisições são entregues na Farmácia Central para separação.

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 10 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	-----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01	Aprovação/Função
	Elaboração/ Função	
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christófar Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

12 – Retirada de medicamentos para servidores/ funcionários da prefeitura

- ✓ As receitas devem ser deixadas na Farmácia Central, e os medicamentos devem ser retirados no dia seguinte:
 - Receitas entregues no período da manhã (até 11:00): poderão ser retiradas no dia seguinte, à partir das 7:00.
 - Receitas deixadas na farmácia à partir das 11:00, poderão ser retiradas no dia seguinte, a partir das 13:00.
- ✓ O servidor/funcionário que quiser pegar seu medicamento no mesmo dia, deverá retirar senha e aguardar o atendimento normal.

13 – Malotes de medicamentos: Saúde Mental, Horto de Deus, Lar acolhedor São Vicente e afins.

- ✓ Deixar as receitas na farmácia e retirar o malote a partir do segundo dia útil após a entrega das receitas.

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 11 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	-----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01 Elaboração/ Função	Aprovação/Função
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christófar Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

Anexo I

REMUME 2017 – RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - MONTE ALTO, SP

1. Medicamentos de dispensação geral

Aparelho digestivo e metabolismo

Classe terapêutica	Medicamento
Laxativo - restrito a exame	Bisacodil 5mg comprimido
Motilidade gastrointestinal	Bromoprida 10mg comprimido
Motilidade gastrointestinal	Bromoprida 4mg/mL gotas
Antiespasmódico+analgésico	Butilbrometo de escopolamina 10mg + dipirona 250mg comprimido
Anti-espasmódico+analgésico	Butilbrometo de escopolamina 6,67mg/mL + dipirona 333,4mg/mL gotas
Anti-ulceroso	Cimetidina 200mg comprimido
Motilidade gastrointestinal	Cloridrato de metoclopramida 10mg comprimido
Motilidade gastrointestinal	Cloridrato de metoclopramida 4mg/mL gotas
Anti-emético	Cloridrato de ondansetrona 8mg comprimido
Anti-ulceroso	Cloridrato de ranitidina 15mg/mL xarope
Motilidade gastrointestinal	Dimenidrinato 25mg/mL + piridoxina 5mg/mL gotas
Motilidade gastrointestinal	Dimenidrinato 50mg + piridoxina 10mg comprimido
Anti-flatulento - restrito a exame	Dimeticona gotas
Motilidade gastrointestinal	Domperidona 10mg comprimido
Motilidade gastrointestinal	Domperidona 1mg/mL suspensão oral
Antiácido	Hidróxido de alumínio 60mg/mL suspensão
Laxativo	Lactulose 667 mg/mL xarope
Laxativo	Óleo Mineral
Anti-ulceroso	Omeprazol 20mg cápsula
Hidratação oral	Sais para reidratação pó para solução oral

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 12 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	-----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01 Elaboração/ Função	Aprovação/Função
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christóforo Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

Medicamentos e insumos para diabetes

Classe terapêutica	Medicamento
Hipoglicemiante oral	Glibenclamida 5mg
Hipoglicemiante oral	Gliclazida 30mg
Hipoglicemiante oral	Gliclazida 60mg
Insumos para controle do diabetes	Glicosímetro*
Hipoglicemiante oral	Glimepirida 4mg
Insulina	Insulina Humana NPH 100 UI/mL
Insulina	Insulina Humana REGULAR 100 UI/mL
Insumos para controle do diabetes	Seringas e agulhas
Insumos para controle do diabetes	Tiras reagentes**

* aparelho fornecido somente para usuários de insulina, com receituário e carta de solicitação.

** 50 tiras/mês para usuários de insulina com receita

Sangue e Sistema Cardiovascular

Classe terapêutica	Medicamento
Antiagregante plaquetário	Ácido acetilsalicílico 100mg comprimido
Controle de hemorragia	Ácido tranexâmico 250mg comprimido
Anti-hipertensivo (bloqueador canal de cálcio)	Besilato de anlodipino 10mg comprimido
Anti-hipertensivo (bloqueador canal de cálcio)	Besilato de anlodipino 5mg comprimido
Anti-hipertensivo (inibidor da ECA)	Captopril 20mg comprimido
Anti-hipertensivo (β -bloqueador)	Carvedilol 12,5mg comprimido
Anti-hipertensivo (β -bloqueador)	Carvedilol 25mg comprimido
Anti-hipertensivo (β -bloqueador)	Carvedilol 3,125mg comprimido
Anti-hipertensivo (β -bloqueador)	Carvedilol 6,25mg comprimido
Circulação	Cilostazol 100mg comprimido
Circulação	Cilostazol 50mg comprimido
Anti-hipertensivo (bloqueador adrenérgico ação central)	Clonidina 0,150mg comprimido
Antiagregante plaquetário	Clopidogrel 75mg comprimido
Antiarrítmico	Cloridrato de amiodarona 200mg
Anti-hipertensivo (vasodilatador periférico)	Cloridrato de hidralazina 25mg comprimido
Anti-hipertensivo (vasodilatador periférico)	Cloridrato de hidralazina 50mg comprimido
Antiarrítmico	Cloridrato de propranolol 40mg comprimido
Anti-hipertensivo/antiarrítmico (bloqueador canal de cálcio)	Cloridrato de verapamil 80mg comprimido
Anti-hipertensivo (diurético tiazídico)	Clortalidona 50mg comprimido
Circulação	Cumarina 15mg+troxerrutina 90mg comprimido
Glicosídeo cardíaco	Digoxina 0,05mg/mL elixir
Glicosídeo cardíaco	Digoxina 0,25mg comprimido

Data da elaboração: 06/07/2017

Data da aprovação: 01/08/2017

Página 13 de 29

Vigência: 2017- 2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01 Elaboração/ Função	Aprovação/Função
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christófar Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

Anticoagulante	Enoxaparina 20mg seringa preenchida
Anticoagulante	Enoxaparina 40mg seringa preenchida
Anti-hipertensivo (diurético)	Espironolactona 100mg comprimido
Anti-hipertensivo (diurético)	Espironolactona 25mg comprimido
Anti-hipertensivo (diurético)	Furosemida 20mg comprimido
Anticoagulante	Heparina sódica 5000UI ampola
Anti-hipertensivo (diurético tiazídico)	Hidroclorotiazida 25mg comprimido
Anti-hipertensivo (diurético)	Hidroclorotiazida 50mg+amilorida 5mg comprimido
Anti-hipertensivo (diurético)	Indapamida 1,5mg comprimido
Anti-hipertensivo (ação central)	Metildopa 250mg comprimido
Antianginoso	Mononitrato de isossorbida 20mg comprimido
Circulação	Pentoxifilina 400mg comprimido
Antianginoso	Propatilnitrato 10mg comprimido
Anti-hipertensivo (inibidor da ECA)	Ramipril 2,5mg comprimido
Anti-hipertensivo (inibidor da ECA)	Ramipril 5mg comprimido
Anti-hipertensivo (β-bloqueador)	Succinato de metoprolol 100mg comprimido
Anti-hipertensivo (β-bloqueador)	Succinato de metoprolol 25mg comprimido
Anti-hipertensivo (β-bloqueador)	Succinato de metoprolol 50mg comprimido
Anti-hipertensivo (β-bloqueador)	Tartarato de metoprolol 100mg comprimido
Antiagregante plaquetário	Ticlopidina 250mg comprimido
Anticoagulante	Varfarina 5mg comprimido

Antibacterianos/ Antivirais/ Antimicóticos

Classe terapêutica	Medicamentos
Antiviral sistêmico	Aciclovir 200mg comprimido
Antiviral tópico	Aciclovir creme
Betalactâmicos (penicilinas)	Amoxicilina 250mg/5mL pó para suspensão oral
Betalactâmicos (penicilinas)	Amoxicilina 400mg/5mL+ clavulanato de potássio 57mg/5mL suspensão oral
Betalactâmicos (penicilinas)	Amoxicilina 500mg cápsula
Betalactâmicos (penicilinas)	Amoxicilina 875mg+clavulanato de potássio 125mg comprimido
Macrolídeos	Azitromicina 200mg/5mL pó para susp. oral
Macrolídeos	Azitromicina 500mg comprimido
Betalactâmicos (penicilinas)	Benzilpenicilina benzatina 600.000 UI pó para suspensão injetável
Betalactâmicos (penicilinas)	Benzilpenicilina procaína 300.000 UI + benzilpenicilina potássica 100.000 UI pó para suspensão injetável
Betalactâmicos (penicilinas)	Benzilpenicilina benzatina 1.200.000 UI pó

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 14 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	-----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01 Elaboração/ Função	Aprovação/Função
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christófar Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

	para suspensão injetável
Betalactâmicos (cefalosporinas)	Cefalexina 250mg/5mL pó para suspensão oral
Betalactâmicos (cefalosporinas)	Cefalexina 500mg cápsula ou comprimido
Betalactâmicos (cefalosporinas) – uso restrito/ formulário específico – anexo II	Ceftriaxona 1g pó para solução injetável EV
Betalactâmicos (cefalosporinas) – uso restrito/ formulário específico – anexo II	Ceftriaxona 500mg pó para solução injetável IM
Antifúngico sistêmico	Cetoconazol 200mg comprimido
Antifúngico tópico	Cetoconazol 20mg/g creme
Lincosaminas	Clindamicina 300mg cápsula
Quinolonas	Cloridrato de ciprofloxacino 500mg comprimido
Tetraciclina	Doxiciclina 100mg comprimido
Antifúngico sistêmico	Fluconazol 150mg cápsula
Aminoglicosídeos	Gentamicina 40mg solução injetável
Aminoglicosídeos	Gentamicina 80mg solução injetável
Antifúngico sistêmico	Itraconazol 100mg cápsula
Quinolonas	Levofloxacino 500mg comprimido
Nitroimidazólicos	Metronidazol 250mg comprimido
Antifúngico sistêmico	Nistatina 100.000UI/mL suspensão oral
Quinolonas	Nitrofurantoína 100mg cápsula
Quinolonas	Norfloxacino 400mg comprimido
Antiviral sistêmico – Farmácia Pronto-Socorro	Oseltamivir 30mg cápsula
Antiviral sistêmico – Farmácia Pronto-Socorro	Oseltamivir 45mg cápsula
Antiviral sistêmico – Farmácia Pronto-Socorro	Oseltamivir 75mg cápsula
Sulfonamidas	Sulfametoxazol 400mg + trimetoprima 80mg comprimido
Sulfonamidas	Sulfametoxazol 40mg/mL + trimetoprima 8mg/mL suspensão oral
Aminoglicosídeos	Sulfato de amicacina 100mg solução injetável
Aminoglicosídeos	Sulfato de amicacina 500mg solução injetável

Suplementos vitamínicos/ preparações antianêmicas

Classe terapêutica	Medicamentos
Antianêmico/ repositor de folato	Ácido fólico 5mg comprimido
Vitaminas	Cloridrato de tiamina 300mg comprimido
Antianêmico oral	Ferrocobalmina + associações (Combiron) comprimido

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 15 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	-----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01 Elaboração/ Função	Aprovação/Função
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christóforo Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

Antianêmico injetável	Hidróxido de ferro polimaltosado (Noripurum) solução injetável IM
Vitaminas	Polivitamínico gotas
Antianêmico injetável	Sacarato de hidróxido férrico solução injetável (Noripurum) EV
Antianêmico oral	Sulfato ferroso (25mg Fe elementar/mL) gotas
Antianêmico oral	Sulfato ferroso (40mg Fe elementar) comprimido
Vitaminas	Vitaminas e sais minerais comprimido

Saúde da Mulher

Classe terapêutica	Medicamento
Contraceptivo hormonal oral de emergência	Levonorgestrel 0,75mg comprimido
Contraceptivo hormonal injetável (trimestral)	Acetato de medroxiprogesterona 150mg/mL
Contraceptivo hormonal injetável (mensal)	Enantato de noretisterona 50mg/mL + valerato de estradiol 5mg/mL
Reposição hormonal	Estriol 1mg/g creme vaginal
Reposição hormonal	Estrogênios conjugados 0,625mg comprimidos
Contraceptivo hormonal oral	Etinilestradiol 0,03mg + levonorgestrel 0,15mg comprimido
Reposição hormonal	Isoflavona 150mg comprimido ou cápsula
Antifúngico ginecológico	Metronidazol 500mg/5g geléia vaginal
Antifúngico ginecológico	Nistatina 100.000UI/ 4g creme vaginal
Antifúngico ginecológico	Nitrato de Miconazol 50mg/g creme vaginal
Contraceptivo hormonal oral	Noretisterona 0,35mg comprimido
Reposição hormonal	Tibolona 2,5mg comprimido
Antifúngico ginecológico	Tinidazol 30mg/g + miconazol 20mg/g creme vaginal

Analgésicos/ antiinflamatórios/ antitérmicos/ antigotoso/ antineuríticos/ corticóides

Classe terapêutica	Medicamento
Antigotoso	Alopurinol 300mg comprimido
Antiinflamatório não-esteroidal	Cetoprofeno 100mg comprimido
Antiinflamatório não-esteroidal	Cetoprofeno 20mg/mL gotas
Antineuríticos	Cianocobalamina+Tiamina+Piridoxina 5000UI injetável
Antineuríticos	Dexametasona+ Cianocobalamina+Tiamina+Piridoxina injetável
Antiinflamatório não-esteroidal	Diclofenaco de sódio 50mg comprimido
Analgésico e antipirético	Dipirona 500mg comprimido

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 16 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	-----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01 Elaboração/ Função	Aprovação/Função
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christófar Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

Analgésico e antipirético	Dipirona 500mg/mL gotas
Antiinflamatório não-esteroidal	Ibuprofeno 100mg/mL gotas
Antiinflamatório não-esteroidal	Ibuprofeno 300mg comprimido
Antiinflamatório não-esteroidal	Ibuprofeno 50mg/mL gotas
Antiinflamatório não-esteroidal	Ibuprofeno 600mg comprimido
Anestésico local – uso restrito enfermagem unidades de saúde e PS	Lidocaína gel
Anestésico local – uso restrito PS/SAMU	Lidocaína Spray
Analgésico (enxaqueca)	Mesilato de diidroergotamina+dipirona+caféina comprimido
Antiinflamatório não-esteroidal	Nimesulida 100mg comprimido
Antiinflamatório não-esteroidal	Nimesulida 50mg/mL gotas
Analgésico e antipirético	Paracetamol 200mg/mL gotas
Analgésico e antipirético	Paracetamol 500mg comprimido
Analgésico opióide – restrito Oncologia* e Ortopedia**	Paracetamol 500mg+Codeína 30mg comprimido
Anestésico local anti-hemorroidal	Policresuleno+cinchocaína pomada
Analgésico opióide – restrito Oncologia* e Ortopedia**	Tramadol 100mg comprimido
Analgésico opióide – restrito Oncologia* e Ortopedia**	Tramadol 50mg cápsula

* quantidade para até 30 dias de tratamento

** quantidade para até 10 dias de tratamento

Medicamentos de uso tópico

Classe terapêutica	Medicamento		
Anti-inflamatório, antibacteriano e antimicótico tópico	Cetoconazol+betametasona+neomicina creme		
Descongestionante nasal infantil	Cloreto de sódio 0,9%+ benzalcônio solução nasal		
Descongestionante nasal adulto	Cloreto de sódio 0,9%+benzalcônio+nafazolina solução nasal		
Corticóide tópico	Dexametasona 1mg/g creme		
Antibacteriano/corticóide otológico	Fluocinolona + polimixina B+ neomicina (Otosynalar)		
Antibacteriano/corticóide otológico	Hidro cortisona + polimixina B+ neomicina (Otosporin)		
Saponificante/ fungistático e desinfetante otológico	Hidroxiquinolina + trietanolamina		
Antibacteriano tópico	Neomicina+bacitracina creme		
Prevenção de assaduras	Óxido de zinco + Vit A e D pomada		
Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 17 de 29	Vigência: 2017- 2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01 Elaboração/ Função	Aprovação/Função
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christófar Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

Antibacteriano/cicatrizante queimaduras	Sulfacetamida sódica+trolamina pomada
Antibacteriano/cicatrizante queimaduras	Sulfadiazina de prata 10mg/g pomada
Tratamento de infecção na pele causada pela <i>Larva migrans</i> (“bicho geográfico”)	Tiabendazol 50mg/g pomada

Oftalmologia

Classe terapêutica	Medicamento
Antibacteriano/cicatrizante tópico – somente receituário de oftalmologia	Acetato de retinol+cloranfenicol+aminoácidos pomada
Corticóide tópico	Dexametasona colírio
Antibacteriano+corticóide tópico	Dexametasona+sulfato de neomicina+polimixina B colírio
Lubrificante	Dextrano+hipromelose colírio
Anestésico – uso restrito UBS Silvio Govoni e Pronto Socorro	Tetracaína 1%+Fenilefrina 0,1% - colírio anestésico
Antibacteriano+corticóide tópico	Tobramicina + dexametasona colírio
Antibacteriano tópico	Tobramicina 3mg/mL colírio
Midriático/ cicloplégico - uso restrito UBS Silvio Govoni	Tropicamida colírio

Urologia – Saúde do Homem

Classe terapêutica	Medicamento
Hiperplasia prostática benigna	Doxazosina 2mg comprimido
Hiperplasia prostática benigna	Finasterida 5mg comprimido

Saúde mental – controle especial portaria 344/98

Classe terapêutica	Medicamento
Anticonvulsivantes	Ácido valpróico 250mg cápsula ou comprimido
Anticonvulsivantes	Ácido valpróico 500mg comprimido
Anticonvulsivantes	Ácido valpróico 50mg/mL solução oral
Ansiolítico (benzodiazepínico)	Alprazolam 1mg comprimido
Anticonvulsivantes	Carbamazepina 2% suspensão oral
Anticonvulsivantes	Carbamazepina 200mg comprimido
Estabilizador de humor	Carbonato de lítio 300mg comprimido
Ansiolítico (benzodiazepínico)	Clonazepam 2,5mg/mL gotas
Ansiolítico (benzodiazepínico)	Clonazepam 2mg comprimido
Antidepressivo tricíclico	Cloridrato de amitriptilina 25mg comprimido
Antidepressivo tricíclico	Cloridrato de amitriptilina 75mg comprimido

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 18 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	-----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01 Elaboração/ Função	Aprovação/Função
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christófar Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

Antidepressivo (inibidor da recepção de catecolaminas)	Cloridrato de bupropiona 150mg comprimido
Antidepressivo tricíclico	Cloridrato de clomipramina 10mg comprimido
Antidepressivo tricíclico	Cloridrato de clomipramina 25mg comprimido
Antipsicóticos (fenotiazínicos)	Cloridrato de clorpromazina 100mg comprimido
Antipsicóticos (fenotiazínicos)	Cloridrato de clorpromazina 25mg comprimido
Antipsicóticos (fenotiazínicos)	Cloridrato de clorpromazina 40mg/mL gotas
Antidepressivo ISRS	Cloridrato de fluoxetina 20 mg cápsula
Antidepressivo ISRS	Cloridrato de fluoxetina 20mg/mL gotas
Antidepressivo tricíclico	Cloridrato de imipramina 25mg comprimido
Antidepressivo tetracíclico	Cloridrato de maprotilina 25 mg comprimido
Antidepressivo tricíclico	Cloridrato de nortriptilina 25mg cápsula
Antidepressivo tricíclico	Cloridrato de nortriptilina 50mg cápsula
Antidepressivo ISRS	Cloridrato de sertralina 50mg comprimido
Antipsicóticos (fenotiazínicos)	Cloridrato de tioridazina 100mg comprimido
Antipsicóticos (fenotiazínicos)	Cloridrato de tioridazina 50mg comprimido
Antidepressivo ISRS	Cloridrato de venlafaxina 75mg comprimido
Ansiolítico (benzodiazepínico)	Clozapolam 2mg comprimido
Ansiolítico (benzodiazepínico)	Diazepam 10mg comprimido
Ansiolítico (benzodiazepínico)	Diazepam 5mg comprimido
Anticonvulsivantes	Divalproato de sódio 250 mg comprimido
Antipsicóticos (fenotiazínicos) – uso restrito CAPS/Ambulatório Saúde Mental	Enantato de flufenazina 25mg/mL injetável
Anticonvulsivantes	Fenitoína 100mg comprimido
Anticonvulsivantes	Fenobarbital 100mg comprimido
Anticonvulsivantes	Fenobarbital 4% gotas
Antipsicóticos (butirofenonas)	Haloperidol 1mg comprimido
Antipsicóticos (butirofenonas)	Haloperidol 2mg/mL gotas
Antipsicóticos (butirofenonas)	Haloperidol 5mg comprimido
Antipsicóticos (butirofenonas)	Haloperidol decanoato 50mg/mL injetável
Antipsicóticos (fenotiazínicos)	Levomepromazina 100mg comprimido
Antipsicóticos (fenotiazínicos)	Levomepromazina 25 mg comprimido
Antipsicóticos (fenotiazínicos)	Levomepromazina 40mg/mL gotas
Ansiolítico (benzodiazepínico)	Lorazepam 2mg comprimido
TDAH – notificação de receita amarela	Metilfenidato 10mg comprimido
Ansiolítico (benzodiazepínico)	Nitrazepam 5mg comprimido
Anticonvulsivantes	Oxcarbazepina 300mg comprimido
Anticonvulsivantes	Oxcarbazepina 600mg comprimido
Distúrbios do comportamento	Periciázina 1% gotas

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 19 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	-----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01 Elaboração/ Função	Aprovação/Função
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christóforo Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

Distúrbios do comportamento	Periciazina 4% gotas
Análogo do GABA	Pregabalina 75mg comprimido
Antipsicóticos (atípicos)	Risperidona 1mg comprimido
Antipsicóticos (atípicos)	Risperidona 2mg comprimido
Antipsicóticos (atípicos)	Sulpirida 50 mg comprimido
Anticonvulsivantes	Topiramato 25 mg comprimido

Anti-parasitários

Classe terapêutica	Medicamento
Anti-helmíntico	Albendazol 400mg comprimido
Anti-helmíntico	Albendazol 40mg/mL suspensão oral
Escabicida tópico	Deltametrina 0,02% shampoo
Antiparasitário sistêmico	Ivermectina 6mg
Anti-protozoário/antibacteriano	Metronidazol 250mg comprimido
Anti-protozoário/antibacteriano	Metronidazol 40mg/mL suspensão oral

Antiparkinsonianos

Classe terapêutica	Medicamento
Antiparkinsoniano – anticolinérgico (receituário de controle especial C1)	Cloridrato de biperideno 2mg comprimido
Antiparkinsoniano - dopaminérgico	Levodopa 100mg+benserazida 25mg comprimido dispersível
Antiparkinsoniano - dopaminérgico	Levodopa 100mg+benserazida 25mg comprimido HBS
Antiparkinsoniano - dopaminérgico	Levodopa 200mg+benserazida 50mg comprimido

Hormônios tireoideanos e corticoides sistêmicos

Classe terapêutica	Medicamento
Corticóide sistêmico	Dexametasona 4mg comprimido
Corticóide sistêmico	Dipropionato de betametasona+fosfato dissódico de betametasona suspensão injetável
Hormônio tireoideano	Levotiroxina 100mcg comprimido
Hormônio tireoideano	Levotiroxina 125mcg comprimido
Hormônio tireoideano	Levotiroxina 25mcg comprimido
Hormônio tireoideano	Levotiroxina 50mcg comprimido
Corticóide sistêmico	Prednisolona 3mg/mL xarope
Corticóide sistêmico	Prednisona 20 mg comprimido
Corticóide sistêmico	Prednisona 5mg comprimido
Inidor da síntese de hormônios tireoideanos	Tiamazol 10 mg comprimido

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 20 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	-----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01 Elaboração/ Função	Aprovação/Função
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christófar Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

Aparelho respiratório - Antialérgicos/ antiásmaticos/ broncodilatadores

Classe terapêutica	Medicamento
Broncodilatador/mucolítico/expectorante	Acebrofilina 10mg/mL xarope (adulto)
Broncodilatador/mucolítico/expectorante	Acebrofilina 5mg/mL xarope (pediátrico)
Expectorante	Ambroxol 3mg/mL xarope (pediátrico)
Expectorante	Ambroxol 6mg/mL xarope (adulto)
Antiásmático	Aminofilina 100mg comprimido
Anti-inflamatório+antialérgico	Betametasona 0,05mg/mL + dexclorfeniramina 0,4mg/mL xarope
Corticoide tópico nasal	Budesonida 32mcg jato-dose
Antialérgicos	Dexclorfeniramina 2mg comprimido
Antialérgicos	Dexclorfeniramina 2mg/5mL solução oral
Antialérgicos	Dexclorfeniramina 6mg comprimido
Antialérgicos	Loratadina 10mc comprimido
Antialérgicos	Loratadina 1mg/mL xarope
Antagonista de leucotrienos – uso restrito pediatria (6 a 14 anos)	Montelucaste de sódio 5mg comprimido mastigável
Antialérgicos	Prometazina 25mg comprimido
Antiasmático	Salbutamol 100mcg/jato-dose aerossol
Antiasmático	Salbutamol 2mg/5mL xarope

Outras classes

Classe terapêutica	Medicamento
Tratamento da dislexia/perda de memória/ alterações do equilíbrio/ seqüelas AVC – uso restrito Neurologia	Piracetam 800mg comprimido
Antivertiginoso	Cinarizina 25mg comprimido
Antivertiginoso	Cinarizina 75mg
Respositor de potássio	Cloreto de potássio 60mg/mL solução oral
Antídoto contra toxicidade do metotrexato/antianêmico	Folinato de cálcio 15mg comprimido
Quimioterapia antineoplásica/artrite reumatóide/ psoríase	Metotrexato 2,5mg comprimido
Imunossupressor – dispensado na farmácia de Alto Custo	Talidomida 100mg comprimido
Antineoplásico- câncer de mama	Tamoxifeno 10mg comprimido
Antineoplásico - câncer de mama	Tamoxifeno 20mg comprimido

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 21 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	-----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referência: Protocolo	Código SS. FAR. 01 Elaboração/ Função	Aprovação/Função
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christófar Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

2. Uso restrito: Sala de inalação/curativos das unidades de saúde e Pronto-socorro

Classe terapêutica	Medicamento
Broncodilatador inalatório	Brometo de ipratrópio 0,250mg/mL solução
Antiasmático inalatório	Bromidrato de fenoterol 5mg/mL solução
Escaras/ úlceras	Clostebol+Neomicina pomada
Limpeza de lesões	Colagenase+cloranfenicol pomada
Queimaduras segundo e terceiro grau	Nitrofurural pomada
Antibiótico tópico	Rifamicina 10mg/mL spray
Veículo inalação/ curativos	Soro fisiológico 0,9% - frasco 100mL
Curativos	Soro fisiológico 0,9% - frasco 500mL

3. Medicamentos do Componente Estratégico – programa DST/AIDS, Hanseníase, Tuberculose, Leishmaniose, Esquistossomose, Teníase (dispensação somente para usuários atendidos no Serviço Especializado - Projeto Viva Vida)

Classe terapêutica	Medicamento
Antirretroviral (ITRN)	Abacavir 300mg comprimido
Antibacteriano – polimixinas	Anfotericina B 50mg comprimido
Antiretroviral (IP)	Atazanavir 200mg comprimido
Antiretroviral (IP)	Atazanavir 300mg comprimido
Antibacteriano – macrolídeos	Clarithromicina 500mg comprimido
Antibacteriano – quinolonas	Cloridrato de ofloxacino 400mg comprimido
Tratamento hanseníase	Dapsone 100mg
Antiretroviral (IP)	Darunavir 300mg comprimido
Antibacteriano - tetraciclina	Doxiciclina 100mg comprimido
Antirretroviral (ITRN)	Efavirenz 600mg comprimido
Antiretroviral (inibidor de entrada)	Enfuvirtida 90mg/mL injetável
Antirretroviral (ITRN)	Estavudina 30 mg comprimido
Antimicobacteriano	Etambutol 400mg comprimido
Antimicótico sistêmico	Fluconazol 100mg comprimido
Antianêmico	Folinato de cálcio 15mg comprimido
Antiretroviral (IP)	Fosamprenavir 700mg comprimido
Anticonvulsivante / dor neuropática	Gabapentina 300mg comprimido
Antiviral	Ganciclovir 300mg comprimido
Imunomodulador tópico	Imiquimode 5% creme
Antiretroviral (IP)	Indinavir 400mg comprimido
Antimicobacteriano	Isoniazida 100mg comprimido
Antimicobacteriano	Isoniazida 100mg+rifampicina 150mg comprimido
Antirretroviral (ITRN)	Lamivudina 150mg comprimido
Antidiarréico	Loperamida 2mg comprimido
Antiretroviral (IP)	Lopinavir 200mg+ritonavir 50mg comprimido

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 22 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	-----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01 Elaboração/ Função	Aprovação/Função
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christófar Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

Antibacteriano - tetraciclina	Minociclina 100mg comprimido
Atirretroviral (ITRNN)	Nevirapina 200mg comprimido
Antimicobacteriano	Pirazinamida 3% suspensão oral
Antiparasitário sistêmico	Primetamina 25mg comprimido
Antiverrucoso tópico	Podofiloxina 0,25% creme
Proteção UVA/UVB	Protetor solar FPS 30
Antirretroviral (inibidor integrase)	Raltegravir 400mg comprimido
Antimicobacteriano	Rifampicina 150mg+isoniazida 75mg+pirazinamida 400mg+etambutol 275mg cp
Antimicobacteriano	Rifampicina 2% suspensão oral
Antimicobacteriano	Rifampicina 300mg comprimido
Antiretroviral (IP)	Ritonavir 100mg comprimido
Antiparasitário sistêmico	Secnidazol 1g comprimido
Antibacteriano – antagonista PABA	Sulfadiazina 500mg comprimido
Antirretroviral (ITRN)	Tenofovir 300mg comprimido
Tratamento hanseníase	Tratamento Multibacilar (MB)
Tratamento hanseníase	Tratamento Paucibacilar (PB)
Antiviral	Valaciclovir 500mg comprimido
Antirretroviral (ITRN)	Zidovudina 100mg comprimido
Antirretroviral (ITRN)	Zidovudina 10mg/mL injetável
Antirretroviral (ITRN)	Zidovudina 10mg/mL solução oral
Atirretroviral (ITRNN)	Zidovudina 300mg+lamivudina 150mg comprimido

4. Medicamentos de uso exclusivo do Pronto-Socorro Municipal

Classe terapêutica	Medicamento
Corticóide sistêmico	Acetato de metilprednisolona 40mg/mL injetável
Antídoto intoxicação por paracetamol/mucolítico	Acetilcisteína 100mg/mL (10%) injetável
Antiarrítmico	Adenosina 3mg/mL injetável
Estimulante cardíaco	Adrenalina 1mg/mL injetável
Antiasmático	Aminofilina 24mg/mL injetável
Antiarrítmico	Amiodarona 50mg/mL injetável
Anticolinérgico	Atropina 0,25mg/mL injetável
Solução de eletrólitos	Bicarbonato de sódio 8,4% injetável
Propulsivo	Bromoprida 5mg/mL injetável
Antiespasmódico intestinal	Butilbrometo de escopolamina 20mg/mL injetável
Antiespasmódico intestinal	Butilbrometo de escopolamina 4mg/mL+dipirona 500mg/mL injetável
Antibacteriano cefalosporina	Cefalotina 1g frasco-ampola

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 23 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	-----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01 Elaboração/ Função	Aprovação/Função
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christófar Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

Antiinflamatório não-esteroidal	Cetoprofeno 50mg/mL injetável
Solução de eletrólitos	Cloreto de potássio 19,1% injetável
Solução de eletrólitos	Cloreto de sódio 20% injetável
Bloqueador neuromuscular	Cloreto de suxametônio 100mg injetável
Bloqueador neuromuscular	Cloreto de suxametônio 500mg injetável
Antipsicótico	Cloridrato de clorpromazina 5mg/mL injetável
Estimulante cardíaco	Cloridrato de dopamina 5mg/mL injetável
Vitaminas	Complexo B injetável
Glicosídeo cardíaco	Deslanosídeo 0,2mg/mL injetável
Corticóide sistêmico	Dexametasona 4mg/mL injetável
Ansiolítico (benzodiazepínico)	Diazepam 5mg/mL injetável
Antiinflamatório não-esteroidal	Diclofenaco injetável 25mg/mL
Antiemético	Dimenidrinato 50mg/mL+piridoxina 50mg/mL inj
Antiemético	Dimenidrinato+piridoxina+glicose+frutose ampola 10mL injetável
Vasodilatador	Dinitrato de isossorbida 5mg sub-lingual
Analgésico e antipirético	Dipirona 500mg/mL injetável
Agente trombolítico	Estreptoquinase 1.500.000 UI injetável
Agente simpaticomimético/hipertensor	Etilefrina 10mg/mL injetável
Anticonvulsivante	Fenitoína 50mg/mL injetável
Anticonvulsivante	Fenobarbital 200mg/mL injetável
Analgésico opióide	Fentanila 0,05mg/mL injetável
Antihemorrágico	Fitomenadiona 10mg/mL (ou vitamina K) injetável
Diurético de alça	Furosemida 10mg/mL injetável
Nutrição parenteral	Glicose 25% injetável ampola 10mL
Nutrição parenteral	Glicose 50% injetável ampola 10mL
Suplementação mineral	Gluconato de cálcio 10% injetável
Antipsicótico	Haloperidol 5mg/mL injetável
Anti-hipertensivo (Protocolo Regional Gestantes/Puérperas)	Hidralazina 20mg/mL injetável
Corticóide sistêmico	Hidrocortisona 500mg injetável
Antibacteriano carbapenem	Imipenem 500mg+cilastatina 500mg frasco- ampola
Antiparkinsoniano	Lactato de biperideno 5mg/mL injetável
Anestésico	Lidocaína 10% Spray
Anestésico	Lidocaína 2% sem vasoconstritor fr-ampola 5mL
Ocitóxico	Maleato de metilergometrina 0,2mg/mL injetável
Propulsivo	Metoclopramida 5mg/mL injetável
Ansiolítico (benzodiazepínico)	Midazolam 5mg/mL injetável
Analgésico opióide	Morfina 10mg/mL injetável

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 24 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	-----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referência: Protocolo	Código SS. FAR. 01 Elaboração/ Função	Aprovação/Função
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christófar Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

Vasodilatador	Nitroglicerina 5mg/mL ampola 5mL
Hipotensor	Nitroprussiato de sódio 50mg frasco-ampola
Estimulante cardíaco	Norepinefrina 8mg/4mL injetável
Circulação	Pentoxifilina 20mg/mL injetável
Anti-histamínico sistêmico	Prometazina 25mg/mL injetável
Antiulceroso	Ranitidina 50mg/2mL injetável
Solução de eletrólitos (Protocolo Regional Gestantes/ Puérperas)	Sulfato de magnésio 10% ampola injetável
Antiarrítmico	Tartarato de metoprolol 1mg/mL injetável
Antiasmático	Terbutalina 0,5mg/mL injetável
Analgésico opióide	Tramadol 50mg/mL injetável
Antiarrítmico/ antihipertensivo	Verapamil 2,5mg/mL injetável

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 25 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	-----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01 Elaboração/ Função	Aprovação/Função
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christófar Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

ANEXO II

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

CEFTRIAXONA

O medicamento será fornecido para 7 (sete) dias de tratamento. Após esse período, será necessária nova prescrição e novo formulário.

Nome:	Idade:
Doença de base:	
Antibióticos já utilizados:	

<input type="checkbox"/> CEFTRIAXONA 500mg IM	<input type="checkbox"/> CEFTRIAXONA 1g EV
Dias de tratamento: _____	
Dose diária: _____	

Infecção <input type="checkbox"/> comunitária/domiciliar <input type="checkbox"/> Hospitalar <input type="checkbox"/> Internação nos últimos 3 meses
<input type="checkbox"/> Infecção Urinária (paciente hemodinamicamente instável)
<input type="checkbox"/> Pneumonia (paciente hemodinamicamente instável)
<input type="checkbox"/> Infecção de pele e partes moles
<input type="checkbox"/> Alta Hospitalar - Última dose em ____/____/____ às _____ horas.
<input type="checkbox"/> Infecção de sítio cirúrgico
<input type="checkbox"/> Meningite

<input type="checkbox"/> Outra – Especificar: _____
Cultura: <input type="checkbox"/> não solicitada <input type="checkbox"/> negativa <input type="checkbox"/> positiva <input type="checkbox"/> em andamento
Bactéria isolada: _____
Sensível a: _____
Anexar exame

Identificação do prescritor (nome, assinatura e CRM):
Data: ____/____/____

Preenchimento da Farmácia

Local:
Início do tratamento: ____/____/____ Recebimento na farmácia: ____/____/____
Registro farmacêutico: ____/____/____ Responsável:
<input type="checkbox"/> De acordo. Liberar por ____ dias.
<input type="checkbox"/> Inadequado. Não liberar.

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 26 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	-----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01 Elaboração/ Função	Aprovação/Função
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christóforo Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

6. A não utilização imediata do(s) medicamento(s) importa em agravamento da doença?

() sim. Justificativa: _____

() não. Justificativa: _____

7. Declaro, por fim, que não possuo qualquer interesse na prescrição do medicamento/ínsumo, que não a saúde do paciente, bem como não mantenho qualquer vínculo com a indústria farmacêutica, de órteses, próteses e materiais especiais, distribuidores e em pesquisa clínica relacionada à esta prescrição: () Sim () Não.

Prescritor (carimbo e assinatura): _____

Data: ____/____/____

Preenchimento pelo requerente:

9. O requerente possui convênio particular de saúde?

() Sim. Qual: _____ () Não

9.1. Em caso afirmativo, houve a tentativa de obter o medicamento pelo convênio?

() Sim () Não.

9.2. Houve negativa? () Sim - () verbal () escrita Data ____/____/____ () Não

10. O requerente buscou obter o medicamento pelo SUS? () Sim () Não.

10.1. Houve negativa? () Sim () Não.

10.2. Em caso afirmativo:

() Município _____ () Verbal () Escrita Data: ____/____/____

() Estado _____ () Verbal () Escrita Data: ____/____/____

() União () Verbal () Escrita Data: ____/____/____

TERMO DE CONSENTIMENTO:

Declaro que estou ciente das informações fornecidas e autorizo a exposição dos dados médicos em âmbito judicial e administrativo: () Sim () Não.

Assinatura do Requerente: _____ Data: ____/____/____

Preenchimento pela Farmácia Municipal

Medicamento solicitado tem registro na Anvisa? () sim () não

Indicação em conformidade com a aprovada no registro: () sim () não

Previsto em PCDT² da doença listada acima:

() Sim () Não () não há PCDT para esta doença

Consta em padronização oficial (ex. REMUME, RENAME ou listas regionais/estaduais)³:

() Sim () Não

Responsável pelo preenchimento: _____

Data: ____/____/____

1 DCB/DCI: Denominação Comum Brasileira ou, na falta desta, Denominação Comum Internacional.

2 Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, do Ministério da Saúde

3 REMUME: Relação Municipal de Medicamentos / RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

4 <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/apresenta.htm>.

Daniela Regina Bonatto – Farmacêutica

Vanessa Simão Christóforo Bastos – Farmacêutica

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 28 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	-----------------	----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALTO

Secretaria Municipal da Saúde



Referencia: Protocolo	Código SS. FAR. 01	Aprovação/Função
	Elaboração/ Função	
Assistência Farmacêutica	Daniela Regina Bonatto/Farmacêutica Vanessa Simão Christófar Bastos/ Farmacêutica	Sueli Regina Alves de Melo/ Secretária Municipal de Saúde João Paulo de Camargo V. Rodrigues/ Prefeito Municipal

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica nº91/2012. Disponível em <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/17/Paracetamol---fosfato-de-code--na--atualizada-em-29-10-2013-.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica nº 129/2012. Disponível em <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/17/Tramadol--atualizada-em-15-10-2013-.pdf>
- BRASIL. Portaria SAS/MS nº 1.083, de 02 de outubro de 2012. Estabelece o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Disponível em <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/15/Dor-Cr--nica.pdf>.
- BRASIL. Lei nº 5991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências.
- BRASIL. Lei 9787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.
- BRASIL. Anvisa. Portaria nº344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2583, de 10 de outubro de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus.
- BRASIL. Anvisa. Resolução RDC Nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica nº 280/2013. Disponível em <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/28/Ceftriaxona.pdf>
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS nº 83, de 17 de agosto de 2015. Dispõe sobre a prescrição de medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS

Data da elaboração: 06/07/2017	Data da aprovação: 01/08/2017	Página 29 de 29	Vigência: 2017- 2019
--------------------------------	-------------------------------	-----------------	----------------------