



8.1 pretende-se contratar os itens descritos neste ETP, para atender a demanda e ou necessidade da Secretaria Municipal de Saúde e Administração Pública do Município de Rondolândia-MT, com a qualidade, especificações e exigências descritas no Termo de Referência com vista a garantir a não interrupção do fornecimento de insumos imprescindíveis para a realização dos atendimentos na Unidade de Saúde:

➤ **HUEVERTON BRUNO DA SILVA RABELO**

9. IMPACTOS AMBIENTAIS

9.1 a Secretaria Municipal de Saúde, possui contrato com empresa especializada na prestação de serviços continuados de *pesagem, coleta, transporte, tratamento e destinação final de Resíduos de Serviço de Saúde* classificados como Biológicos, Potencialmente Infectantes (grupo A, segundo classificação da RDC 306/ANVISA) e perfuro cortantes (grupo E, segundo classificação da RDC 306/ANVISA), com fornecimento de Certificado de destinação. Sendo assim, os materiais a serem adquiridos potencialmente infectados e/ou contaminados, após o seu uso, receberão tratamento adequado, minimizando os riscos de contaminação ao meio ambiente.

10. VIABILIDADE DA CONTRATAÇÃO

10.1 esta equipe de planejamento declara viável esta contratação. A prestação dos serviços não gera vínculo empregatício entre os empregados da Contratada e a Administração, vedando-se qualquer relação entre estes que caracterize personalidade e subordinação direta, diante das justificativas acima expostas.

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
GUSTAVO SOUSA CAVALCANTE

GUSTAVO D. SOUSA CAVALCANTE
Secretário Municipal de Saúde
Decreto nº 155/GAB/PMR/2022

Servidor e/ou equipe responsável pela elaboração do ETP.

Neide S. dos Santos

NEIDE SOUZA DOS SANTOS
Agente Administrativo
Matricula nº 2302



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDOLÂNDIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FARMÁCIA BÁSICA

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS REMUME 2022

Rondolândia-MT
2022

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
E-mail: fbrondolandia@gmail.com telefone: (66) 3542-1056



RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS REMUME 22

COMISSÃO:

PRESIDENTE.

Junior Lins Boiko

CPF: 849.514.602-97

Farmacêutico/Analista Clínico

VICE-PRESIDENTE.

Poliane Reco Soares

CPF: 054.619.501-67

Farmacêutica

SECRETÁRIA EXECUTIVO.

Angelica Inacio Cruz Oliveira

CPF 015.605.112-57

Enfermeira

DEMAIS MEMBROS

Joelice Pereira de Oliveira

CPF: 32655924215

Enfermeira

Karem Mayara Kasula Silva Camargo

CPF: 736.600.862-15

Medica da Estratégia Saúde da Família

Enislaine Onofre Pereira

CPF: 015.540.652-32

Medico Clinico Geral



Regulamento:

1. Padronização

1.1 - A Secretaria Municipal de Saúde, através da Comissão de Farmacoterapêutica elaborou a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (**REMUME**), pactuando um elenco de 178 medicamentos na Assistência Farmacêutica Básica, que atendem a maioria das necessidades da população que utilizam os serviços de saúde da atenção básica.

1.2 - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) de Rondolândia/MT. **ANEXO I**

1.2.1 – Cada medicamento foi designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) acompanhado da forma farmacêutica e concentração, e estão descritos em ordem alfabética.

1.2.2 - A REMUME 2017 é composta por todos os medicamentos utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, oriundos de aquisição direta ou de repasses dos programas estratégicos do Ministério de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde.

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

1.2.4 – Para atualização da REMUME, o profissional deverá preencher o formulário constante no Anexo II, descrevendo as evidências clínicas e/ou econômicas que justifiquem a solicitação (eficácia, efeitos colaterais, contra-indicações, precauções, toxicidade, custo/benefício, custo médio do tratamento, etc.) Este formulário deverá ser enviado à comissão para atualização da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, que possui autonomia para avaliar e deliberar sobre a inclusão e/ou exclusão de qualquer item.

2.0 Prescrição

2.1 – No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as prescrições devem adotar obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira – DCB (ou seja, o nome genérico da substância ativa), instituída pela portaria nº 1.179, de 17 de Junho de 1996 da ANVISA – ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI), conforme determina o art. 23º da Lei Federal nº 9.787/1999.

2.2 – A prescrição deverá ser emitida em duas vias, em português compreensível e por extenso, em letra legível, observada a nomenclatura e o sistema de pesos/medidas oficiais, em consonância com o art. 35 da lei nº 5.991/73, além de conter:

- I- Nome do paciente
- II - Número do Cartão SUS
- III- Nome do Medicamento e Concentração
- IV – posologia e quantidade a ser dispensada



V- Nome do profissional prescritor, com o respectivo carimbo contendo o número do registro no conselho da classe;

IV- Data e assinatura.

2.3 – A prescrição não poderá conter rasuras;

2.4 – Dos Medicamentos Controlados – Portaria SVS/MS nº 344/98

2.4.1 – A prescrição de medicamentos sujeitos a controle especial poderá ser feita por período equivalente à 01 mês (30 dias);

2.4.2 – Cabe ao prescritor definir se o medicamento é de uso contínuo, devendo obrigatoriamente, registrar o termo USO CONTINUO ao lado do nome do medicamento e questão.

2.4.3 – As prescrições de USO CONTINUO têm validade de no máximo 180 dias, conforme avaliação clínica do paciente.

3.0 Dispensação

3.1 - Os medicamentos padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde serão fornecidos gratuitamente, aos pacientes residentes no Município de Rondolândia e que tenham passado por consulta na Unidade Básica de Saúde Hueverton Bruno da Silva Rabelo.

3.2 - A dispensação de medicamentos na Unidade dispensadora ocorrerá somente mediante apresentação do receituário, prescrito de acordo com o disposto no item 2.2

3.3 - É vedado o atendimento de receituários com rasuras.

3.4 - O dispensador deve registrar no receituário a quantidade do medicamento que foi dispensado, a data do atendimento e seu nome legível.

3.5 – A primeira via do receituário deve ser devolvida ao usuário e a segunda via deve ficar retida na farmácia onde será arquivada por um período de 5 (cinco) anos para fins administrativos.

3.6 – Será fornecida a quantidade de medicamentos de uso contínuo para um período máximo de 30 (trinta) dias de tratamento.

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

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

3.6.3 – Os pacientes deverão trazer junto com a receita original uma cópia da mesma, para retirada dos medicamentos de uso contínuo.

3.7 – Os medicamentos Utilizados para realizar curativos, os injetáveis e aqueles utilizados para inalação serão administrados na própria unidade de saúde e não será fornecido aos pacientes. Nesse caso excetuam-se as insulinas.



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

3.8 – No caso de medicamentos prescritos “se necessário”, “se dor”, “se febre”, como por exemplo, paracetamol gotas e Ibuprofeno 300 mg, em que não há especificado na prescrição o tempo de tratamento, serão fornecidos respectivamente 01 (um) frasco e/ou 10 comprimidos. Prescrições de anti-inflamatórios, analgésicos e antitérmicos com quantitativo acima de 20 comprimidos ou 1 frasco será necessária justificativa médica.

3.9 – Os anticoncepcionais serão dispensados na UBS e terão validade de 06 (seis) meses.

3.9.1 – As pacientes deverão trazer junto com a receita original uma cópia da mesma para retirada do medicamento anticoncepcional.

3.10 – A validade dos receituários dos demais medicamentos serão de 10 dias a partir da data de emissão.

3.11 – Da dispensação dos medicamentos controlados:

3.11.1 A quantidade dispensada dos medicamentos controlados de uso contínuo será de 60 dias de tratamento.

4.0 – Das Disposições Finais

4.1– Fica vetada a dispensação/ fornecimento de medicamentos para menores de 16 anos desacompanhados.

4.2 – A Unidade de Saúde, na figura de seu coordenador, é responsável pelo cumprimento das Normatizações disposta nesta Portaria.

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

4.4 – Fica padronizado que quando houver a prescrição de 01 caixa, deve-se dispensar 30 comprimidos /cápsulas.

4.5 – Ficam proibidos a dispensação do(s) medicamento(s) cujo receituário não obedeça(m) os critérios citados nesta portaria.

4.6 – Caberá ao farmacêutico responsável pela UBS, decidir sobre os casos que não se incluam nesta Regulamentação.

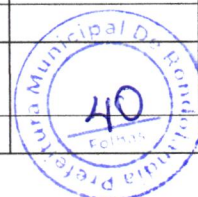


RELAÇÃO NOMINAL DOS MEDICAMENTOS

	CÓDIGO CATMAT	DCB	FORMAFARMACEUTICA/ CONCENTRAÇÃO/APRESENTAÇÃO	RESTRIÇÃO
1.	339783-1	HIDRÓXIDO DE ALUMINIO	ASSOCIADO COM HIDROXIDO DEMAGNÉSIO E OXETACAINA, DOSAGEM 60 MG/ML+20 MG/ML SUSPENSÃO ORAL FRASCO 100 ML	
2.	12184-3	ACARBOSE	COMPRIMIDO 50 MG	
3.	319986-0	ACEBROFILINA	XAROPE INFANTIL 25 MG/5ML FRASCO 120 ML	
4.	325047-4	ACEBROFILINA	XAROPE ADULTO 50MG/5ML FRASCO 120ML	
5.	306513-8	ACICLOVIR	COMPRIMIDO 200 MG	
6.	3094189	ACICLOVIR	POMADA 50 MG/G 10 G	
7.	306523-5	ACIDO ACETIL SALICÍLICO	COMPRIMIDO 100 MG	
8.	313794-5	ÁCIDO ASCÓRBICO	COMPRIMIDO 500 MG	
9.	306534-0	ÁCIDO FÓLICO	COMPRIMIDO 5 MG	
10.	00010605	ÁCIDO FOLICO 400 UG	COMPRIMIDO 400 UGALEND	
11.	339685-1	ÁCIDO VALPRÓICO	COMPRIMIDO 500 MG	RECEITA C
12.	340899-0	ÁCIDO VALPRÓICO	SUSPENSÃO ORAL 50 MG/ML FRASCO 100 ML	RECEITA C
13.	309744-7	ADRENALINA (epinefrina)	DOSAGEM 1MG INJETAVEL	HOSPITALAR
14.	172787-7	ALBENDAZOL	COMPRIMIDO MASTIGAVEL 400 MG	
15.	62133-9	ALBENDAZOL	SUSPENSÃO ORAL 40 MG/ML FRASCO 10 ML	
16.	10612-7	ALOPURINOL	COMPRIMIDO 100 MG	
17.	41735-1	ALPRAZOLAM	COMPRIMIDO 1MG	RECEITA C
18.	45489-3	ALPRAZOLAM	COMPRIMIDO 0,5MG	RECEITA C
19.	04118-2	AMBROXOL	CLORIDRATO, CONCENTRAÇÃO 3MG/ML XAROPE INFANTIL	
20.	309750-1	AMINOFILINA	COMPRIMIDO 100 MG	
21.	101250-5	AMIODARONA	COMPRIMIDO 100 MG	
22.	306723-8	AMITRIPTILINA	CLORIDRATO, 25 MG COMPRIMIDO	RECEITA C
23.	306733-5	AMOXICILINA	COMPRIMIDO 500 MG	
24.	386306-9	AMOXICILINA	PÓ SUSPENSÃO ORAL 250MG/5 ML FRASCO 60 ML	
25.	309761-7	AMOXICILINA+CLAVULONATO DE POTÁSSIO	SUSPENSÃO ORAL 50MG/ML+12,5MG/ML FRASCO DE 100 ML	
26.	326719-9	AMOXICILINA 875MG + CLAVULONATO DE POTÁSSIO 125MG COMPRIMIDO.	AMOXICILINA 875MG + CLAVULONATO DE POTÁSSIO 125MG COMPRIMIDO.	
27.	309764-1	AMOXICILINA+CLAVULONATO DE	COMPRIMIDO 500MG +125 MG	



		POTÁSSIO		
28.	306741-6	AMPICILINA	CAPSULA OU COMPRIMIDO 500MG	
29.	306747-5	ANLÓDIPINO	BESILATO/COMPRIMIDO 5 MG	
30.	309739-0	ATENÓLÓL	COMPRIMIDO 25 MG	
31.	306815-3	AZITROMICINA	COMPRIMIDO 500 MG	
32.	306825-0	AZITROMICINA	PO PARA SUSPENSÃO ORAL, 600MG FRASCO/AMPOLA	
33.	306825-0	BIPERIDENO	CLORIDRATO-COMPRIMIDO 2 MG	RECEITA C
34.	329464-1	BROMAZEPAM	COMPRIMIDO 3MG	RECEITA C
35.	340265-7	BUPROPIONA CLORIDRATO	DOSAGEM 150MG, COMPRIMIDO	
36.	306861-7	CAPTOPRIL	COMPRIMIDO 25 MG	
37.	310882-1	CAPTOPRIL	COMPRIMIDO 50 MG	
38.	306863-3	CARBAMAZEPINA	COMPRIMIDO 200 MG	RECEITA C
39.	306863-3	CARBAMAZEPINA	SUSPENSÃO ORAL 20MG/ML (2%) FRASCO 100 ML	RECEITA C
40.	10817-0	CARBONATO DE LITIO	COMPRIMIDO 300 MG	RECEITA C
41.	311115-6	CARVEDILOL	COMPRIMIDO 3, 125 MG	
42.	306902-8	CEFALEXINA	COMPRIMIDO 500 MG	
43.	306903-6	CEFALEXINA	SUSPENSÃO ORAL 250MG/5 ML FRASCO 60 ML	
44.	314057-1	CETOCONAZOL	COMPRIMIDO 200 MG	
45.	314058-0	CETOCONAZOL	CREME TÓPICO BIS 20MG G30G	
46.	314100-4	CIMETIDINA	COMPRIMIDO 200MG	
47.	310711-6	CINARIZINA	COMPRIMIDO 75 MG	
48.	308276-8	CIPROFLOXACINO	CLORIDRATO/COMPRIMIDO 500MG	
49.	23251-3	CLOMIPRAMINA	CLORIDRATO/COMPRIMIDO REVESTIDO DRAGEA 10 MG	
50.	314101-2	CLONAZEPAM	FRASCO 2,5MG/ML 20ML	RECEITA B
51.	18347-4	CLONAZEPAM	COMPRIMIDO 0,5 MG	RECEITA B
52.	306988-5	CLONAZEPAM	COMPRIMIDO 2 MG	RECEITA B
53.	289348-7	CLORETO DE SÓDIO	SOLUÇÃO NASAL 9MG/ML (0,9%) FRASCO 30 ML	
54.	320111-2	CLOTRIMAZOL	CREME VAGINAL BISNAGA 20MG/G	
55.	308080-3	COLAGENASE	POMADA, CONCENTRAÇÃO 0,6 UI/G BISNAGA 30 G	
56.	227305-5	COLIRIO ANÉSTESICO	COLIRIO ANESTESICO CONTA-GOTAS 10 ML	
57.	307043-3	DEXAMETASONA	COMPRIMIDO SULCADO 4 MG	
58.	307045-0	DEXAMETASONA	DOSAGEM 2%, CREME BISNAGA COM 10G, VIA TÓPICA	
59.	396291-1	DEXAMETASONA	ELIXIR DOSAGEM 0,1MG/ML FRASCO VIA ORAL	
60.	314121-7	DEXCLORFENIRAM INA	MALEATO XAROPE 2MG/5ML FRASCO 100 ML	
61.	314123-3	DIAZEPAM	COMPRIMIDO 5 MG	RECEITA C
62.	236774-2	DICLOFENACO	POTASSICO COMPRIMIDO 50 MG	
63.	307062-0	DICLOFENACO	SAL SÓDICO COMPRIMIDO 50 MG	
64.	307117-0	DIGOXINA	COMPRIMIDO 0,25 MG	
65.	305442-0	DIPIRONA SÓDICA	SOLUÇÃO ORAL 500MG/ML FR10ML	
66.	314135-7	DIPIRONA	DOSSAGEM 300 SUPOSITÓRIO	



		SÓDICA	INFANTIL	
67.	307120-0	DIPIRONA SÓDICA	COMPRIMIDO 500 MG	
68.	316044-0	DOXICICLINA	100 MG -COMPRIMIDO CAPSULA	
69.	322588-7	ENALAPRIL	MALEATO COMPRIMIDO 20 MG	
70.	316138-2	ENALAPRIL	MALEATO COMPRIMIDO 10 MG	
71.	310898-8	ESCOPOLAMINA BULTIBROMETO	SOLUÇÃO ORAL 10MG/ML FRASCO 10 ML	
72.	310898-8	ESCOPOLAMINA BULTIBROMETO	COMPRIMIDO 10 MG	
73.	235401-2	ESPIRONOLACTON A	COMPRIMIDO 25 MG	
74.	11048-5	ESTROGÊNIOS CONJUGADO	CREME VAGINAL 0,625MG/G BISNAGA 25 G	
75.	364491-0	ETINILESTRADIO L	+ LEVONORGESTREL / COMPRIMIDO 0,03MG + 0,15 MG	
76.	316811-5	FENITOINA SÓDICA	COMPRIMIDO 100 MG	RECEITA C
77.	316819-0	FENOBARBITAL	COMPRIMIDO 100 MG	RECEITA C
78.	316640-6	FLUCONAZOL	CAPSULA 150 MG	
79.	22309-3	FLUOXETINA	CAPSULA 20 MG	RECEITA C
80.	316778-0	FUROSEMIDA	COMPRIMIDO 40 MG	
81.	336151-9	GLIMEPIRIDA	COMPRIMIDO 1 MG	
82.	318167-7	HALOPERIDOL	COMPRIMIDO 1 MG	RECEITA C
83.	318168-5	HALOPERIDOL	COMPRIMIDO 5 MG	RECEITA C
84.	316643-0	HIDRALAZINA	COMPRIMIDO 25 MG	
85.	316657-0	HIDROCLOROTIAZ IDA	COMPRIMIDO SULCADO 25 MG	
86.	320189-9	IBUPROFENO	COMPRIMIDO 600 MG	
87.	313766-6	IBUPROFENO	SUSPENSÃO ORAL 50MG/ML FRASCO 30ML	
88.	308646-1	INSULINA HUMANA NPH	SOLUÇÃO INJETAVEL 100 UI/ML	
89.	338661-9	INSULINA HUMANA NPH REGULAR	SOLUÇÃO INJETAVEL 100 UI/ML	
90.	314981-1	IPRATROPIO	BROMETO 0,25 SOLUÇÃO P/ INALAÇÃO FRASCO 10 ML	
91.	324258-7	ISOSSORBIDA	DINITRATO/ COMPRIMIDO SUBLINGUAL 5 MG	
92.	318045-0	IVERMECTINA	COMPRIMIDO 6 MG	
93.	153353-3	LACTULOSE	XAROPE 667 MG/ML FR 120 ML	
94.	84408-0	LEVODOPA + BENSERAZIDA	CAPSULA 100 MG + 25 MG	
95.	48039-8	LEVODOPA + BENSERAZIDA	COMPRIMIDO 200 MG + 50 MG	
96.	11164-3	LEVODOPA + CARBIDOPA	COMPRIMIDO 250MG+25MG	
97.	000903-7	LEVODOPA + CARBIDOPA	LEVODOPA 100 MG + CARBIDOPA 25 MG	
98.	318189-8	LEVOFLOXACINO	COMPRIMIDO 500 MG	
99.	318229-0	LEVOPROMAZINA	COMPRIMIDO 25 MG	
100.	288351-1	LIDOCAINA	CLORIDRATO, DOSAGEM 2%,	

			APRESENTAÇÃO GELÉIA	
101.	334427-4	LORATADINA	COMPRIMIDO 10 MG	
102.	329290-8	LORATADINA	XAROPE 1MG/ML FRASCO 100 ML	
103.	318352-1	LOSARTANA POTASSICA	COMPRIMIDO 50 MG	
104.	333493-7	LOSARTANA POTASSICA	COMPRIMIDO 100 MG	
105.	318356-4	MEBENDAZOL	COMPRIMIDO 100 MG	
106.	150543-2	MEBENDAZOL	20 MG/ML FRASCO 30 ML SOLUÇÃO ORAL	
107.	347846-7	MEDROXIPIROGEST ERONA	ACETATO SUSPENSÃO INJETAVEL 150 MG/ML AMPOLA 1 ML	HOSPITALAR
108.	316749-6	METFORMINA	CLORIDRATO COMPRIMIDO REVESTIDO 500 MG	
109.	316750-0	METFORMINA	CLORIDRATO COMPRIMIDO REVESTIDO 850 MG	
110.	324644-3	METILDOPA	COMPRIMIDO REVESTIDO 250 MG	
111.	316788-7	METOCLOPRAMIDA	CLORIDRATO/COMPRIMIDO 10 MG	
112.	316789-5	METOCLOPRAMIDA	CLORIDRATO/ SOLUÇÃO ORAL 4 MG/ML FRASCO 10 ML	
113.	316647-3	METRONIDAZOL	COMPRIMIDO 250 MG	
114.	329373-4	METRONIDAZOL	GEL VAGINAL 100 MG/G (10%) BISNAGA 50 G	
115.	316648-1	METRONIDAZOL	SUSPENSÃO ORAL 40MG/ML FRASCO 100 ML	
116.	320291-7	MICONAZOL	NITRATO/ CREME VAGINAL 20MG/G (2%) BISNAGA 60 G	
117.	337461-0	MIRTAZAPINA	COMPRIMIDO 30 MG	RECEITA C
118.	316952-9	NEOMICINA+BACI TRACINA	POMADA 5 MG/G +250UI/G	
119.	0002834	NIFEDIPINO	COMPRIMIDO 20 MG	
120.	318317-3	NISTATINA	SUSPENSÃO ORAL 100.000 UI/ ML FRASCO 50 ML	
121.	318320-3	NISTATINA	25.000 UI/G CREME VAGINAL BISNAGA 40 G	
122.	307940-6	NITROGLICERINA	5MG/ML SOLUÇÃO INJETAVEL	HOSPITALAR
123.	19205-8	NORETISTERONA	COMPRIMIDO 0,35 MG /BLISTER CALENDARIO COM 35 UNIDADES	
124.	154411-0	NORFLOXACINO	COMPRIMIDO 400 MG	
125.	320134-1	OMEPRAZOL	COMPRIMIDO 20 MG	
126.	319704-2	PARACETAMOL	200 MG/ML SOLUÇÃO ORAL FRASCO 10 ML	
127.	319706-9	PARACETAMOL	COMPRIMIDO 500 MG	
128.	337899-3	PERMETRINA	DOSAGEM 10, INDICAÇÃO LOÇÃO	
129.	0002495	PIPOTIAZINA	PALMITATO 25 MG/ML SOLUÇÃO INJETAVEL	
130.	328741-6	PREDNISOLONA	ACETATO XAROPE 3MG/ML SOLUÇÃO ORAL FRASCO 100 ML	
131.	328745-9	PREDNISOLONA	ACETATO 11MG/ML FRASCO 20ML	
132.	319620-8	PREDNISONA	COMPRIMIDO 5 MG	
133.	319618-6	PREDNISONA	COMPRIMIDO 20 MG	
134.	319663-1	PROMETAZINA	CLORIDRATO/COMPRIMIDO 25 MG	
135.	322966-1	SAIS PARA	PÓ PARA SOLUÇÃO ORAL 3,5G	



		REIDRATAÇÃO ORAL	+1,5G/2,9G +20G SACHÊ 27,9 G	
136.	105402-3	SECNIDAZOL	30 MG/ML SUSPENSÃO ORAL FRASCO 30 ML	
137.	320156-2	SECNIDAZOL	COMPRIMIDO 1.000 MG	
138.	320622-0	SINVASTATINA	COMPRIMIDO 20 MG	
139.	308834-0	SULFADIAZINA DE PRATA	1 % INDICAÇÃO CREME / BISNAGA 50G	
140.	318350-1	SULFATO DE MAGNÉSIO	COMPOSIÇÃO 10% SOLUÇÃO INJETAVEL	HOSPITALAR
141.	338771-2	VASTAREL	TRIMETAZIDINA COMPRIMIDO 35 MG	

ANEXO II

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

Tipo de proposta:

Inclusão Exclusão Alteração

Nome genérico (DCB) e concentração:

Forma Farmacêutica:

COMPRIMIDO CÁPSULA DRÁGEA SOLUÇÃO ORAL
 XAROPE SUPOSITÓRIO AMPOLA FRASCO/AMPOLA
 CREME POMADA

OUTRA. ESPECIFICAR _____

Indicação Terapêutica principal: _____

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

PROPOSTA DE INCLUSÃO DESTES ITENS REFERENCIADOS ATRAVÉS DE PROTOCOLO CLÍNICOS DEFINIDOS ASSIM COMO A AMPLIAÇÃO DOS OUTROS ANTIMICROBIANOS JÁ PADRONIZADOS QUE SÃO DISTRIBUÍDOS ESPECIFICAMENTE ATRAVÉS DE ALGUNS PROGRAMAS PARA AS UNIDADES DE SAÚDE.

A INCLUSÃO DESTES MEDICAMENTOS NA REMUME É DEVIDO PACIENTES DO MUNICÍPIO DE RONDOLÂNDIA ESTAR EM TRATAMENTO CONTINUO DE DOENÇAS CRÔNICAS E PRESCRIÇÃO DOS MEDICOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PARA TRATAMENTOS DA POPULAÇÃO.

