

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VOLTA REDONDA



REMUME

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

2016



Prefeitura Municipal
de Volta Redonda

Secretaria
Municipal
de Saúde



Sistema
Único
de Saúde

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME) DO SUS DE VOLTA REDONDA

Volta Redonda
2016

2016 Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. O conteúdo desta pode ser acessado na página <http://www.portalvr.com.br/saude>

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Elaboração e acesso Secretaria Municipal de Saúde Rua 566, nº 31 – Nossa Senhora das Graças, Volta Redonda – Rio de Janeiro Telefone: (24) 3339-9636 Site: <http://www.portalvr.com/saude>

Antonio Francisco Neto
Prefeito Municipal

Carlos Roberto Paiva
Vice-prefeito

Marta Gama de Magalhães
Secretária Municipal de Saúde

Maria Augusta Monteiro Ferreira
Superintendente de Atenção e Vigilância em Saúde

Marina Fátima de Oliveira Marinho
Superintendente de Tecnologia da Informação

Alan Costa Sombra
Área Técnica de Assistência Farmacêutica

Angélica de Oliveira Vieira
Capa

APRESENTAÇÃO

A Assistência Farmacêutica tem como objetivo garantir o acesso da população aos medicamentos e promover o seu uso racional. A utilização de relações padronizadas de medicamentos é uma estratégia preconizada pela Organização Mundial de Saúde, desde 1977, para garantia do acesso a medicamentos essenciais no âmbito da saúde pública, por proporcionar a maior eficiência no gerenciamento dos serviços farmacêuticos (ampliação da sua abrangência e racionamento de custos).

A Comissão de Farmácia e Terapêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda foi constituída em 2012 e tem como um dos seus objetivos estabelecer a REMUME, em conformidade com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), e mantê-la atualizada. Essa segunda versão da REMUME continua apoiada nos instrumentos legais: Portaria GM/MS nº 3916/98 que estabelece a Política Nacional de Medicamentos; a Resolução CNS nº 338/04 que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, Lei nº 12.401/11 que estabelece que a dispensação de medicamentos no âmbito do SUS deve seguir as relações instituídas pelo gestor local e Decreto nº 7.508/11 que estabelece que estados, distrito federal e municípios poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos. Tendo ainda, as novas legislações municipais, Portarias SMS/PMVR 40/2014 e 41/2014, que dispõem sobre o acesso à assistência farmacêutica no âmbito municipal e sobre a inclusão de medicamentos na REMUME, respectivamente.

A REMUME elenca 498 medicamentos de uso ambulatorial e hospitalar disponíveis no âmbito municipal para atendimento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Portaria GM/MS 1.555/2013), das Unidades de Urgência e Emergência e da Atenção Hospitalar. Além da relação geral, em ordem alfabética, com a indicação de fornecimento/utilização de cada medicamento, foi elaborada uma apresentação somente com os medicamentos disponíveis em nível ambulatorial (Anexo 1), que serve também como informativo aos profissionais prescritores do Sistema Único de Saúde do município de Volta Redonda.

Em complemento a esta publicação, é apresentado a Relação Estadual do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Anexo 2), que contempla medicamentos considerados como de caráter estratégico pelo Ministério da Saúde para tratamento das doenças de perfil endêmico e que tenham

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

impacto socioeconômico. Os medicamentos são fornecidos pelo Centro de Doenças Infecciosas (CDI) e os programas preconizados são: DST/AIDS, Hanseníase, Tuberculose e Endemias Focais.

E por último, a Relação Estadual de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Anexo 3), fornecidos no Polo Estadual de Medicamentos de Volta Redonda, localizado atualmente em anexo à Farmácia Municipal de Volta Redonda. Este Componente busca a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde (Portaria GM/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013).

ABREVIATURAS DE NOMES E FORMAS FARMACÊUTICAS

AB	ATENÇÃO BÁSICA
ADES	ADESIVO
AIDS	SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
AMP	AMPOLA
ATAF	ÁREA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
BG	BISNAGA
BL	BLISTER
BOL	BOLSA
CAIS	CAIS ATERRADO
CAP	CÁPSULA
CAPGEL	CÁPSULA GELATINOSA
CAPS	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CBAF	COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
SPA	SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO DO CONFORTO
CDI	CENTRO DE DOENÇAS INFECCIOSAS
CDQ	CENTRO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA
CESAF	COMPONENTE ESTRATÉGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
CM	COMPONENTE MUNICIPAL
COM	COMPRIMIDO
CREM	CREME
DIL	DILUENTE
DISP	DISPERSÍVEL
DRG	DRÁGEA
DST	DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL
ELX	ELIXIR
ENV (SAC)	ENVELOPE (SACHÊ)
EPIDEMIO	EPIDEMIOLOGIA
ERA	AEROSSOL
FA	FRASCO AMPOLA
FLAC	FLACONETE
FM	FARMÁCIA MUNICIPAL
FR	FRASCO
GEL	GEL
GELE	GELÉIA
GM/MS	GABINETE DO MINISTRO/ MINISTÉRIO DA SAÚDE
HMMR	HOSPITAL MUNICIPAL DR MUNIR RAFFUL
HSJB	HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA
IM	INTRAMUSCULAR

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

INAL	INALAÇÃO
INAL	INALADOR
INF	INFANTIL
INJ	INJETÁVEL
IV	INTRAVENOSA
LIOF	LIOFILIZADO
NAS	NASAL
ODONTO	UNIDADES DE SAÚDE BUCAL
OR	ORAL
PC	POLICLÍNICA DA CIDADANIA
PCDT	PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS
PM	POLICLÍNICA DA MULHER
PO	PÓ
POM	POMADA
RENAME	RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS
REMUME	RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS
RT	RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA
SAD	SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR
SE	SALA DE ESTABILIZAÇÃO
SC	SUBCUTÂNEO (A)
SER	SERINGA
SM	SAÚDE MENTAL
SOL	SOLUÇÃO
SPR	SPRAY
SUBL	SUBLINGUAL
SUP	SUPOSITÓRIO
SUS	SUSPENSÃO
TB	TUBERCULOSE
UPA	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
URG/EMERG	URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS
VA	VIGILÂNCIA AMBIENTAL
VAG	VAGINAL
XPE	XAROPE

SUMÁRIO

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS POR ORDEM ALFABÉTICA E DISPONÍVEIS CONFORME UNIDADE DE DISPENSAÇÃO/UTILIZAÇÃO	9
ANEXO 1 – MEDICAMENTOS ESSENCIAIS FORNECIDOS EM NÍVEL AMBULATORIAL, POR INDICAÇÃO TERAPÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE VOLTA REDONDA.....	25
ANEXO 2 – RELAÇÃO ESTADUAL DE MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA FORNECIDOS PELO CDI/SMS/PMVR	45
ANEXO 3 – RELAÇÃO ESTADUAL DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO FORNECIDOS PELO POLO ESTADUAL DE MEDICAMENTOS DE VOLTA REDONDA	50
LEGISLAÇÃO	62

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

**RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS POR ORDEM ALFABÉTICA E
DISPONÍVEIS CONFORME UNIDADE DE DISPENSAÇÃO/UTILIZAÇÃO**

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDEMIO	FM	HMMR	HSJB	ODONTO	PC	PM	SAD	SC	UPA	VA
1	ACETAZOLAMIDA	COMPRIMIDO 250MG	COM							X	X								
2	ACETILCISTEÍNA	PÓ GRANULADO 100MG ENVELOPE 5G	ENV								X								
3	ACETILCISTEÍNA	PÓ GRANULADO 600MG ENVELOPE 5G	ENV		X		X				X								
4	ACICLOVIR	COMPRIMIDO 200MG	COM		X		X	X		X								X	
5	ACICLOVIR	COMPRIMIDO 400MG	COM								X								
6	ACICLOVIR	CREME 50MG/G BISNAGA 10G	BG		X		X	X			X							X	
7	ACICLOVIR SÓDICO	PÓ LIÓFILO PARA INJEÇÃO 250MG + DILUENTE	FA					X			X								
8	ÁCIDO ACÉTICO	SOLUÇÃO TÓPICA 5% FRASCO 10ML	FR												X				
9	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	COMPRIMIDO 100MG	COM	X	X		X	X			X							X	
10	ÁCIDO FÓLICO	COMPRIMIDO 5MG	COM	X	X		X	X			X							X	
11	ÁCIDO FOLÍNICO	COMPRIMIDO 15MG	COM					X											
12	ÁCIDO NALIDÍXICO	COMPRIMIDO 500MG	COM												X				
13	ÁCIDO TRANEXÂMICO	COMPRIMIDO 250MG	COM												X				
14	ÁCIDO TRANEXÂMICO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 50MG/ML IV AMPOLA 5ML	AMP		X		X				X								X
15	ÁCIDO TRICLOROACÉTICO	SOLUÇÃO TÓPICA 30% FRASCO 10ML	FR								X								
16	ÁCIDO TRICLOROACÉTICO	SOLUÇÃO TÓPICA 50% FRASCO 10ML	FR								X				X				
17	ÁCIDO TRICLOROACÉTICO	SOLUÇÃO TÓPICA 90% FRASCO 10ML	FR								X				X				
18	ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS (AGE)	SOLUÇÃO OLEOSA TÓPICA FRASCO 200ML	FR		X		X				X						X		
19	ÁGUA DESTILADA PARA INJEÇÃO	AMPOLA 10ML	AMP	X	X		X				X						X	X	
20	ÁGUA DESTILADA PARA INJEÇÃO	FRASCO SISTEMA FECHADO 100ML	FR		X		X				X								
21	ÁGUA DESTILADA PARA INJEÇÃO	FRASCO SISTEMA FECHADO 1000ML	FR		X		X				X							X	
22	ALBENDAZOL	COMPRIMIDO MASTIGÁVEL 400MG	COM	X	X		X				X							X	
23	ALBENDAZOL	SUSPENSÃO ORAL 40MG/ML FRASCO 10ML	FR	X	X						X							X	
24	ALBUMINA HUMANA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 20% IV FRASCO AMPOLA 50ML	FA								X								
25	ALENDRONATO DE SÓDIO	COMPRIMIDO 70MG	COM							X									
26	ALFAEPOETINA HUMANA RECOMBINANTE	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV/SC 4.000UI FRASCO-AMPOLA 1ML	FA								X								
27	ALFENTANILA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,5MG/ML AMPOLA 5ML	AMP								X								
28	ALOPURINOL	COMPRIMIDO 100MG	COM	X							X								
29	ALTEPLASE	PÓ LIÓFILO PARA INJEÇÃO 50MG + DILUENTE	FA								X								
30	AMBROXOL, CLORIDRATO	XAROPE 3MG/ML FRASCO 100ML	FR		X		X				X							X	
31	AMBROXOL, CLORIDRATO	XAROPE 6MG/ML FRASCO 100ML	FR		X		X	X			X				X			X	
32	AMICACINA, SULFATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 250MG/ML IM/IV AMPOLA 2ML	AMP		X			X			X								
33	AMICACINA, SULFATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 50MG/ML IM/IV AMPOLA 2ML	AMP		X						X								

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDEMIO	FM	HMMR	HSJB	ODONTO	PC	PM	SAD	SC	UPA	VA
34	AMINOÁCIDOS CLORANFENICOL METIONINA VITAMINA A	+ POMADA OFTÁLMICA 25MG/G + 5MG/G + 5MG/G + 10.000UI BISNAGA 3,5G	BG		X		X				X			X					
35	AMINOFILINA	COMPRIMIDO 100MG	COM	X	X		X	X			X							X	
36	AMINOFILINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 24MG/ML IM/IV AMPOLA 10ML	AMP	X	X		X				X							X	
37	AMIODARONA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 200MG	COM		X		X			X	X								
38	AMIODARONA, CLORIDRATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 50MG/ML IV AMPOLA 3ML	AMP		X		X				X							X	
39	AMITRIPTILINA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 25MG	COM		X					X	X						X	X	
40	AMOXICILINA	CÁPSULA OU COMPRIMIDO 500MG	COM	X	X		X	X		X	X		X				X	X	
41	AMOXICILINA	PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL 50MG/ML FRASCO 60ML	FA	X	X		X			X	X							X	
42	AMOXICILINA CLAVULANATO POTÁSSIO	+ PÓ PARA INJEÇÃO IV 1G+ 200MG FA + DILUENTE	FR		X		X				X		X					X	
43	AMOXICILINA CLAVULANATO POTÁSSIO	+ CÁPSULA OU COMPRIMIDO 500MG + 125MG	COM							X									
44	AMOXICILINA CLAVULANATO POTÁSSIO	+ SUSPENSÃO ORAL 50MG/ML + 12,5MG/ML FRASCO 75ML	FR	X	X		X			X	X								
45	AMPICILINA SÓDICA	CÁPSULA 500MG	CAP							X									
46	AMPICILINA SÓDICA	PÓ PARA INJEÇÃO IV 1G	FA		X		X				X								
47	AMPICILINA SÓDICA + SULBACTAM	PÓ PARA INJEÇÃO IV 2G + 1G + DILUENTE	FA								X								
48	ANFOTERICINA B	PÓ LIÓFILO PARA INJEÇÃO IV 50MG + DILUENTE	FA								X								
49	ANFOTERICINA LIPOSOMAL	B PÓ LIÓFILO PARA INJEÇÃO IV 50MG + FILTROS DE MICRONS DESCARTÁVEIS ESTÉREIS	FA						X										
50	ANIDULAFUNGINA	PÓ LIÓFILO PARA INJEÇÃO 100MG IV + DILUENTE	FA								X								
51	ANLÓDIPINO, BESILATO	COMPRIMIDO 10MG	COM	X	X		X				X								
52	ANLÓDIPINO, BESILATO	COMPRIMIDO 5MG	COM	X															
53	ARTESUNATO SÓDIO	DE PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL 60 MG	FA						X		X								
54	ATENÓLOL	COMPRIMIDO 25MG	COM	X	X		X	X			X							X	
55	ATENÓLOL	COMPRIMIDO 50MG	COM	X	X		X				X							X	
56	ATRACÚRIO, BESILATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 10MG/ML IV AMPOLA 2,5ML	AMP								X								
57	ATROPINA, SULFATO	COLÍRIO 0,5% FRASCO 5ML	FR								X			X					
58	ATROPINA, SULFATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,25MG/ML AMPOLA 1ML	AMP	X	X		X				X							X	
59	ATROPINA, SULFATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,5MG/ML AMPOLA 1ML	AMP																X
60	AZITROMICINA	COMPRIMIDO 500MG	COM	X	X		X	X		X	X		X					X	
61	AZITROMICINA DIIDRATADA	PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL 209,65/5ML (EQUIVALENTE A 200MG/5ML = 40MG/ML) FRASCO 15ML	FR							X	X								
62	AZTREONAN	PÓ PARA INJEÇÃO 1G IM/IV	FA								X								
63	AZUL DE METILENO	SOLUÇÃO TÓPICA 2% FRASCO 20ML	FR								X								

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDEMIO	FM	HMMR	HSJB	ODONTO	PC	PM	SAD	SC	UPA	VA
64	AZUL DE TRYPAN	SOLUÇÃO AQUOSA OFTÁLMICA ESTÉRIL 1MG/ML FRASCO/AMPOLA 1ML	FA								X								
65	BACLOFENO	COMPRIMIDO 10MG	COM								X						X		
66	BÁRIO, SULFATO DE	SUSPENSÃO ORAL 1G/ML SABOR MAÇA OU MORANGO FRASCO 150ML	FR								X								
67	BECLOMETASONA, DIPROPIONATO	SPRAY NASAL AQUOSO 50MCG/DOSE FRASCO 15ML	FR							X									
68	BENZILPENICILINA BENZATINA	PÓ PARA SUSPENSÃO IM INJETÁVEL 600.000UI	FA	X	X		X	X		X	X							X	X
69	BENZILPENICILINA BENZATINA	PÓ PARA SUSPENSÃO IM INJETÁVEL 1.200.000UI	FA	X	X		X	X		X	X							X	X
70	BENZILPENICILINA POTÁSSICA (CRISTALINA)	PÓ PARA SUSPENSÃO IM/IV INJETÁVEL 5.000.000UI	FA		X		X				X								
71	BENZILPENICILINA PROCAÍNA + BENZILPENICILINA POTÁSSICA	PÓ PARA SUSPENSÃO IM INJETÁVEL 300.000UI + 100.000UI	FA	X	X		X			X	X							X	
72	BENZOATO DE BENZILA	EMULSÃO TÓPICA 25% FRASCO 60ML	FR	X	X		X	X			X							X	
73	BETAMETASONA, ACETATO + BETAMETASONA, FOSFATO	SUSPENSÃO INJETÁVEL IM 3MG/ML+ 3MG/ML AMPOLA 1ML	AMP												X				
74	BETAMETASONA, DIPROPIONATO + BETAMETASONA, FOSFATO	SUSPENSÃO INJETÁVEL IM 5MG/ML+ 2MG/ML AMPOLA 1ML	AMP		X		X				X								
75	BEVACIZUMABE	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 25MG/ML FRASCO AMPOLA 4ML	FA								X								
76	BICARBONATO, SÓDIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 8,4% AMPOLA 10ML	AMP		X		X				X							X	
77	BICARBONATO, SÓDIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 8,4% SISTEMA FECHADO FRASCO 250ML	FR		X		X				X							X	
78	BIMATOPROSTA	0,3 MG/ML (0,03%) SOLUÇÃO OFTÁLMICA	FR							X									
79	BIPERIDENO, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 2MG	COM		X					X									
80	BIPERIDENO, LACTATO	SUSPENSÃO INJETÁVEL 5MG/ML AMPOLA 1ML	AMP		X														
81	BISACODIL	COMPRIMIDO 5MG	COM		X		X				X								
82	BISOPROLOL	COMPRIMIDO 2,5MG	COM								X								
83	BISOPROLOL	COMPRIMIDO 10MG	COM								X								
84	BRIMONIDINA, TARTARATO	2 MG/ML (0,2%) SOLUÇÃO OFTÁLMICA	FR							X									
85	BRINZOLAMIDA	10 MG/ML (1%) SOLUÇÃO OFTÁLMICA	FR							X									
86	BROMOPRIDA	COMPRIMIDO 10MG	COM		X		X				X								
87	BROMOPRIDA	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 5MG/ML AMPOLA 2ML	AMP		X		X				X								
88	BROMOPRIDA	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 4MG/ML FRASCO 20ML	FR		X		X				X						X		
89	BUDESONIDA	SPRAY NASAL 32MCG/DOSE 120 DOSES	FR							X									
90	BUDESONIDA	AEROSOL BUCAL 50MCG/DOSE 100 DOSES	FR							X									

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDEMIO	FM	HMMR	HSJB	ODONTO	PC	PM	SAD	SC	UPA	VA
91	BUDESONIDA + FORMOTEROL	400MCG + 12MCG (60 CÁPSULAS INALANTES + INALADOR) OU (PÓ INALANTE TUBO COM 60 DOSES)	FR								X								
92	BUPIVACAÍNA	SOLUÇÃO INJETÁVEL ISOBÁRICA 0,5% AMPOLA 4ML EM ESTOJO ESTÉRIL	AMP								X								
93	BUPIVACAÍNA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,5% FRASCO AMPOLA 20ML EM ESTOJO ESTÉRIL	FA								X								
94	BUPIVACAÍNA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,75% FRASCO AMPOLA 20ML EM ESTOJO ESTÉRIL	FA								X								
95	BUPIVACAÍNA + EPINEFRINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,5% + 182MCG FA 20ML EM ESTOJO ESTÉRIL	FA								X								
96	BUPIVACAÍNA + GLICOSE	SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,5% + 320MCG AMPOLA 4ML EM ESTOJO ESTÉRIL	AMP								X								
97	BUPROPIONA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 150MG	COM		X					X									
98	BUSPIRONA	COMPRIMIDO 10MG	COM							X									
99	CAPTOPRIL	COMPRIMIDO 25MG	COM	X	X		X	X			X		X						X
100	CARBACOL, CLORETO	SOLUÇÃO INTRA-OCULAR ESTÉRIL 0,1MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL FRASCO/AMPOLA OU AMPOLA 2ML	COM								X								
101	CARBAMAZEPINA	COMPRIMIDO 200MG	COM		X		X			X	X						X	X	
102	CARBAMAZEPINA	SUSPENSÃO ORAL 20MG/ML FRASCO 100ML	FR		X					X	X								
103	CARBONATO DE CÁLCIO	COMPRIMIDO 500MG	COM							X									
104	CARBONATO DE CÁLCIO + COLECALCIFEROL	COMPRIMIDO 500MG + 400UI	COM							X									
105	CARBONATO DE LÍCIO	COMPRIMIDO 300MG	COM		X					X									
106	CARVÃO VEGETAL ATIVADO	SACHÊ 15G	SAC		X		X				X								X
107	CARVEDILOL	COMPRIMIDO 3,125MG	COM		X					X	X								
108	CARVEDILOL	COMPRIMIDO 6,25MG	COM		X					X	X								
109	CARVEDILOL	COMPRIMIDO 12,5MG	COM		X					X	X								
110	CEFALEXINA (SÓDICA OU CLORIDRATO)	CÁPSULA 500MG	CAP	X	X		X	X		X	X		X				X	X	
111	CEFALEXINA (SÓDICA OU CLORIDRATO)	SUSPENSÃO ORAL 50MG/ML FRASCO 60ML	FR	X	X		X			X	X		X						X
112	CEFALOTINA SÓDICA	PÓ PARA INJEÇÃO IM/IV 1G	FA		X		X												X
113	CEFAZOLINA	PÓ PARA INJEÇÃO IM/IV 1G	FA								X								
114	CEFPIMA	PÓ PARA INJEÇÃO IM/IV 1G+ DILUENTE	FA				X				X								
115	CEFPIMA	PÓ PARA INJEÇÃO IM/IV 2G+ DILUENTE	FA		X						X								
116	CEFTAZIDIMA	PÓ PARA INJEÇÃO IM/IV 1G	FA				X				X								
117	CEFTRIAXONA	PÓ PARA INJEÇÃO 1G IM + DILUENTE	FA		X						X								
118	CEFTRIAXONA	PÓ PARA INJEÇÃO 1G IV	FA		X		X				X								X
119	CETILPIRIDÍNIO, CLORETO + MENTOL	SOLUÇÃO PARA BOCHECHO 0,5MG/ML+ 0,1MG/ML FRASCO 240ML	FR		X						X								
120	CETOCONAZOL	CREME 20MG/G BISNAGA 30G	BG		X		X				X								
121	CETOCONAZOL	COMPRIMIDO 200MG	COM		X			X			X								

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDEMIO	FM	HMMR	HSJB	ODONTO	PC	PM	SAD	SC	UPA	VA
122	CICLOPENTOLATO	COLÍRIO 1% FRASCO 5ML	FR								X			X					
123	CILOSTAZOL	COMPRIMIDO 50MG	COM							X									
124	CILOSTAZOL	COMPRIMIDO 100MG	COM							X	X								
125	CIPROFLOXACINO, CLORIDRATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 2MG/ML SISTEMA FECHADO FRASCO 100ML	FR		X		X				X							X	
126	CIPROFLOXACINO, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 500MG	COM		X		X	X		X	X						X	X	
127	CIPROFLOXACINO, CLORIDRATO	COLÍRIO 0,3% FRASCO 5ML	FR								X			X					
128	CLARITROMICINA	COMPRIMIDO 500MG	CP					X											
129	CLARITROMICINA	SUSPENSÃO ORAL 50MG/ML FRASCO 60ML	FR					X		X									
130	CLARITROMICINA	PÓ PARA INJEÇÃO IV 500MG+ DILUENTE	FA				X				X								
131	CLINDAMICINA, CLORIDRATO	CÁPSULA 300 MG	CAP					X		X									
132	CLINDAMICINA, CLORIDRATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 150MG/ML AMPOLA 4ML	AMP		X		X				X								
133	CLOBETASOL, PROPIONATO	CREME 0,5MG/G BISNAGA 30G	BG												X				
134	CLOMIFENO	COMPRIMIDO 50MG	COM												X				
135	CLOMIPRAMINA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 25MG	COM		X					X									
136	CLONAZEPAM	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 2,5MG/ML FRASCO 20ML	FR		X		X			X	X							X	
137	CLONAZEPAM	COMPRIMIDO 2MG	COM		X					X									
138	CLONIDINA	COMPRIMIDO 0,100MG	COM		X		X				X								
139	CLONIDINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 150MCG/ML AMPOLA 1ML	AMP								X								
140	CLOPIDOGREL	COMPRIMIDO 75MG	COM		X		X				X								
141	CLORANFENICOL	COLÍRIO 0,5% FRASCO 10ML	FR		X									X					
142	CLORANFENICOL	PÓ PARA INJEÇÃO IV 1G + DILUENTE	FA						X		X								
143	CLORETO DE POTÁSSIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 10% IV AMPOLA 10ML	AMP		X		X				X							X	X
144	CLORETO DE POTÁSSIO	XAROPE 60MG/ML FRASCO 100ML	FR								X								
145	CLORETO DE SÓDIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,9% AMPOLA 10ML	AMP	X	X		X				X			X			X	X	
146	CLORETO DE SÓDIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,9% SISTEMA FECHADO 1000ML	FR								X								
147	CLORETO DE SÓDIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,9% SISTEMA FECHADO 500ML	FR	X	X		X				X		X	X			X	X	X
148	CLORETO DE SÓDIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,9% SISTEMA FECHADO 250ML	FR		X		X				X								
149	CLORETO DE SÓDIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 20% AMPOLA 10ML	AMP		X		X				X							X	
150	CLORETO DE SÓDIO + BENZALCONIO	SOLUÇÃO NASAL 0,9% + 0,01% FRASCO 30ML	FR	X	X		X	X			X				X			X	
151	CLOREXIDINA	SOLUÇÃO ORAL PARA BOCHECHO 0,12% FRASCO 100ML	FR								X								
152	CLOROQUINA	COMPRIMIDO 150MG	COM						X		X								
153	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 5MG/ML AMPOLA 5ML	AMP		X		X				X							X	
154	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 25MG	COM		X					X									
155	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 100MG	COM		X					X								X	

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDEMIO	FM	HMMR	HSJB	ODONTO	PC	PM	SAD	SC	UPA	VA
156	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 4% FRASCO 20ML	FR		X					X	X							X	
157	CODEÍNA, SULFATO	COMPRIMIDO 30MG	COM								X						X		
158	COLAGENASE	POMADA 0,6UI/G BISNAGA 30G	BG	X	X		X	X			X				X			X	
159	DAPTOMICINA	PÓ PARA INJEÇÃO IV 500MG FRASCO AMPOLA	FA								X								
160	DESLANOSÍDEO	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 0,2MG/ML AMPOLA 2ML	AMP		X		X				X								
161	DEXAMETASONA	CREME 0,1% BISNAGA 10G	BG	X	X		X	X			X						X	X	
162	DEXAMETASONA	COMPRIMIDO 4MG	COM								X						X		
163	DEXAMETASONA	COLÍRIO 0,1% FRASCO 5ML	FR								X								
164	DEXAMETASONA	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 4MG/ML AMPOLA 2,5ML	AMP		X		X				X							X	X
165	DEXAMETASONA	ELIXIR 0,1MG/ML FRASCO 100ML	FR		X		X				X							X	
166	DEXAMETASONA + NEOMICINA + POLIMIXINA	POMADA OFTÁLMICA (1MG+ 5MG+ 6.000UI)/G BISNAGA 3,5G	BG								X								
167	DEXAMETASONA + NEOMICINA + POLIMIXINA + HIDROXIPROPILMETILC ELULOSE	COLÍRIO (1MG+ 5MG+ 6.000UI+ 5MG)/ML FRASCO 5ML	FR								X								
168	DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO	XAROPE OU SOLUÇÃO ORAL 0,4MG/ML FRASCO 120ML	FR	X	X		X	X			X							X	
169	DEXTROCETAMINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 50MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL FR/A 10ML	FA								X								X
170	DIAZEPAM	COMPRIMIDO 10MG	COM		X		X			X	X							X	
171	DIAZEPAM	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 5MG/ML AMPOLA 2ML	AMP		X		X				X						X	X	
172	DIAZEPAM	COMPRIMIDO 5MG	COM		X		X			X	X						X	X	
173	DICLOFENACO DE DIETILAMÔNIO	GEL TÓPICO 10MG/G BISNAGA 60G	BG		X		X				X								
174	DICLOFENACO DE SÓDIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 25MG/ML IM AMPOLA 3ML	AMP	X	X		X				X							X	
175	DIGOXINA	COMPRIMIDO 0,25MG	COM	X	X		X	X			X							X	
176	DILTIAZEM	COMPRIMIDO 60MG	COM		X		X			X	X								
177	DIOSMINA + HESPERIDINA	COMPRIMIDO 450MG+ 50MG	COM		X					X	X								
178	DIPIRONA SÓDICA	SUPositórios 300MG	SUP	X	X		X				X							X	
179	DIPIRONA SÓDICA	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 500MG/ML FRASCO 10ML	FR	X	X		X	X			X		X					X	
180	DIPIRONA SÓDICA	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 500MG/ML AMPOLA 2ML	AMP	X	X		X				X						X	X	
181	DIPIRONA SÓDICA	COMPRIMIDO 500MG	COM	X	X		X	X			X		X				X	X	
182	DOBUTAMINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 12,5MG/ML AMPOLA 20ML	AMP		X		X				X							X	
183	DOMPERIDONA	COMPRIMIDO 10MG	COM								X								
184	DOMPERIDONA	SUSPENSÃO ORAL 1MG/ML FRASCO 100ML	FR								X								
185	DOPAMINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 5MG/ML AMPOLA 10ML	AMP		X		X				X							X	
186	DORZOLAMIDA, CLORIDRATO	20 MG/ML (2%) SOLUÇÃO OFTÁLMICA	FR							X									
187	DOXAZOSINA	COMPRIMIDO 2MG	COM							X									
188	DOXICILINA	COMPRIMIDO 100MG REVESTIDO	COM					X		X									
189	DROPERIDOL	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 2,5MG/ML AMPOLA 1ML	AMP								X								

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDEMIO	FM	HMMR	HSJB	ODONTO	PC	PM	SAD	SC	UPA	VA
190	EFEDRINA, SULFATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV/SC 50MG/ML AMPOLA 1ML	AMP								X								
191	ENALAPRIL, MALEATO	COMPRIMIDO 5MG	COM	X															
192	ENALAPRIL, MALEATO	COMPRIMIDO 10MG	COM	X	X		X				X								
193	ENALAPRIL, MALEATO	COMPRIMIDO 20MG	COM	X	X			X											
194	ENOXAPARINA SÓDICA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 40MG SC SERINGA 0,4ML COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	SER		X		X				X				X				
195	ENOXAPARINA SÓDICA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 60MG SC SERINGA 0,6ML COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	SER				X				X								
196	ENOXAPARINA SÓDICA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 80MG SC SERINGA 0,8ML COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	SER		X		X				X								
197	EPINEFRINA (ADRENALINA)	SOLUÇÃO INJETÁVEL 1MG/ML IM/IV/SC AMPOLA 1ML	AMP	X	X		X				X						X	X	
198	ERITROMICINA, ESTOLATO	CÁPSULA OU COMPRIMIDO 500MG	COM					X		X			X					X	
199	ERITROMICINA, ESTOLATO	SUSPENSAO ORAL 25MG/ML 60ML	FR							X			X						
200	ESCINA + SALICILATO DE METILA	GEL 0,01G/G+ 0,05G/G BISNAGA 30G	BG		X						X								
201	ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)	SOLUÇÃO INJETÁVEL 20MG/ML AMPOLA 1ML	AMP		X		X				X						X	X	
202	ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)	COMPRIMIDO 10MG	COM	X	X		X	X										X	
203	ESCOPOLAMINA (HIOSCINA) + DIPIRONA	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 4MG/ML+ 500MG/ML AMPOLA 5ML	AMP	X	X		X				X							X	
204	ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)+ DIPIRONA	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 6,67MG/ML+ 333,4MG/ML FRASCO 20ML	FR		X						X						X		
205	ESPIRAMICINA	COMPRIMIDO 500MG (EQUIVALENTE 1,5UI)	COM												X				
206	ESPIRONOLACTONA	COMPRIMIDO 100MG	COM							X	X						X		
207	ESPIRONOLACTONA	COMPRIMIDO 25MG	COM		X		X			X	X								
208	ESTRADIOL, VALERATO + NORETISTERONA, ENANTATO (MESIGYNA)	SOLUÇÃO INJETÁVEL 5MG+ 50MG SERINGA 1ML PARA LIBERAÇÃO CONTROLADA	DR												X				
209	ESTRIOL	CREME VAGINAL 1MG/G BISNAGA 50G+ APLICADOR	BG												X				
210	ESTROGÊNIO CONJUGADOS	CREME VAGINAL 0,625MG/G BISNAGA 25G	BG												X				
211	ESTROGÊNIO CONJUGADOS	DRÁGEA 0,625MG	DR												X				
212	ETILEFRINA, CLORIDRATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV/SC 10MG/ML AMPOLA 1ML	AMP				X				X								
213	ETILNILESTRADIOL + LEVONORGESTREL (MICROVLAR)	DRÁGEA 0,03MG + 0,15MG	DR												X				
214	ETILNILESTRADIOL + LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL (TRIQUILAR)	DRÁGEAS 30MCG + 150MCG + 40 MCG DRÁGEAS	DR												X				
215	ETOMIDATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 2MG/ML AMPOLA 10ML	AMP								X								
216	FENILEFRINA	COLÍRIO 10% FRASCO 5ML	FR								X			X					
217	FENITOÍNA SÓDICA	COMPRIMIDO 100MG	COM		X		X			X	X								
218	FENITOÍNA SÓDICA	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 50MG/ML AMPOLA 5ML	AMP		X		X				X							X	

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDEMIO	FM	HMMR	HSJB	ODONTO	PC	PM	SAD	SC	UPA	VA
219	FENOBARBITAL	COMPRIMIDO 100MG	COM		X		X			X	X						X		
220	FENOBARBITAL	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 100MG/ML AMPOLA 2ML	AMP		X		X				X							X	
221	FENOBARBITAL	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 4% FRASCO 20ML	FR		X					X	X								
222	FENOFIBRATO	COMPRIMIDO 250MG	COM					X											
223	FENOTEROL, BROMIDRATO	AEROSOL DOSIFICADOR ORAL 100MCG/DOSE + BOCAL E AEROCÂMERA (200DOSES)	FR								X								
224	FENOTEROL, BROMIDRATO	SOLUÇÃO PARA NEBULIZAÇÃO 5MG/ML FRASCO 20ML	FR	X	X		X				X						X	X	
225	FENTANILA, CITRATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 0,05MG/ML FRASCO/AMPOLA 10ML	FA		X		X				X								
226	FENTANILA, CITRATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV/ES 0,05MG/ML AMPOLA 2ML SEM CONSERVANTE	AMP								X								
227	FERRO, HIDRÓXIDO DE (SACARATO)	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 20MG/ML AMPOLA 5ML	AMP		X		X				X								
228	FERROSO, SULFATO	COMPRIMIDO (EQUIVALENTE A 40MG DE FERRO)	COM	X	X			X			X							X	
229	FERROSO, SULFATO	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 125MG/ML FRASCO 30ML	FR	X				X			X							X	
230	FILGRASTIM	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV/SC 300MCG FRASCO AMPOLA 1ML	FA								X								
231	FILTRO SOLAR (BLOQUEADOR SOLAR)	LOÇÃO CREMOSA FPS 30 FRASCO 120ML	FR							X									X
232	FINASTERIDA	COMPRIMIDO 5MG	COM							X									
233	FLUCONAZOL	CÁPSULA 150MG	CAP	X	X		X	X			X						X	X	
234	FLUCONAZOL	SOLUÇÃO INJETÁVEL 2MG/ML IV FRASCO SISTEMA FECHADO 100ML	FR								X								
235	FLUMAZENIL	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 0,1MG/ML AMPOLA 5ML	AMP		X		X				X							X	
236	FLUORESCÉINA	COLÍRIO 1% FRASCO 3ML	FR								X			X					
237	FLUORESCÉINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 10% SOLUÇÃO INJETÁVEL IV AMPOLA OU FRASCO AMPOLA 5ML	AMP								X								
238	FLUOXETINA, CLORIDRATO	CÁPSULA 20MG	CAP		X					X	X								
239	FOSFATO DE SÓDIO MONOBÁSICO + FOSFATO DE SÓDIO DIBÁSICO	ENEMA 160MG/ML + 60MG/ML FRASCO 130ML	FR		X		X				X						X	X	
240	FUROSEMIDA	COMPRIMIDO 40MG	COM	X	X		X	X			X						X	X	
241	FUROSEMIDA	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 10MG/ML AMPOLA 2ML	AMP	X	X		X	X			X							X	
242	GANCICLOVIR	PÓ LIÓFILO PARA INJEÇÃO 500MG IV+ DILUENTE	AMP					X			X								
243	GELATINA (POLIGELINA)	SOLUÇÃO INJETÁVEL 3,5%+ ELETRÓLITOS FRASCO SISTEMA FECHADO 500ML	FR		X		X				X							X	
244	GENTAMICINA, SULFATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 20MG/ML AMPOLA 1ML	AMP				X				X								
245	GENTAMICINA, SULFATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 40MG/ML AMPOLA 2ML	AMP		X		X				X								
246	GLIBENCLAMIDA	COMPRIMIDO 5MG	COM	X	X		X	X			X							X	
247	GLICAZIDA	COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA 30MG	COM							X									
248	GLICEROL (GLICERINA)	SUPOSITÓRIOS 2,25 A 2,68G PARA DULTOS	SUP								X						X		

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDEMIO	FM	HMMR	HSJB	ODONTO	PC	PM	SAD	SC	UPA	VA
249	GLICEROL (GLICERINA)	SUPOSITÓRIOS 0,72G A 1,10G PARA LACTENTES	SUP								X								
250	GLICOSE	SOLUÇÃO INJETÁVEL HIPERTÔNICA 25% AMPOLA 10ML	AMP	X	X		X				X						X	X	
251	GLICOSE	SOLUÇÃO INJETÁVEL HIPERTÔNICA 50% AMPOLA 10ML	AMP		X		X				X						X	X	
252	GLICOSE	SOLUÇÃO INJETÁVEL ISOTÔNICA 5% FRASCO SISTEMA FECHADO 250ML	FR		X		X				X							X	
253	GLICOSE	SOLUÇÃO INJETÁVEL ISOTÔNICA 5% FRASCO SISTEMA FECHADO 500ML	FR		X		X				X						X	X	
254	GLIMEPIRIDA	COMPRIMIDO 2MG	COM							X									
255	GLIMEPIRIDA	COMPRIMIDO 4MG	COM							X									
256	GLUCONATO DE CÁLCIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 10% AMPOLA 10ML	AMP		X		X				X							X	
257	GUACO (MIKANIA GLOMERATA)	XAROPE 81,50MG/ML FRASCO 120ML	FR	X															
258	HALOPERIDOL	COMPRIMIDO 1MG	COM		X					X									
259	HALOPERIDOL	COMPRIMIDO 5MG	COM		X		X			X	X							X	
260	HALOPERIDOL	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 0,2% FRASCO 20ML	FR		X					X	X						X		
261	HALOPERIDOL	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 5MG/ML AMPOLA 1ML	AMP		X		X				X							X	
262	HALOPERIDOL, DECANOATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 50MG/ML IM AMPOLA 1ML	AMP		X	X													
263	HEPARINA SÓDICA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 5.000UI/0,25ML SC AMPOLA	AMP								X								
264	HEPARINA SÓDICA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 5.000UI/ML IV FRASCO/AMPOLA 5ML	FA		X		X				X								
265	HIALURONATO DE SÓDIO	SOLUÇÃO VISCO-ELÁTICA INTRAOCULAR 1,6% SERINGA 0,8ML	SER								X								
266	HIALURONIDASE	PÓ LIÓFILO 2.000UTR INJETÁVEL+ DILUENTE	AMP								X								
267	HIDRALAZINA	COMPRIMIDO 25MG	COM												X				
268	HIDRALAZINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 20MG/ML AMPOLA 1ML	AMP		X		X				X								
269	HIDRALAZINA	COMPRIMIDO 50MG	COM								X								
270	HIDRATO DE CLORAL	SOLUÇÃO ORAL 10% FRASCO 100ML SABOR MORANGO	FR											X					
271	HIDROCLOROTIAZIDA	COMPRIMIDO 25MG	COM	X	X		X	X			X							X	
272	HIDROCORTISONA	PÓ PARA INJEÇÃO IM/IV 100MG + DILUENTE	FA	X	X		X				X							X	
273	HIDROCORTISONA	PÓ PARA INJEÇÃO IM/IV 500MG + DILUENTE	FA	X	X		X				X								
274	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO	SUSPENSÃO ORAL 61,5MG/ML FRASCO 100ML	FR		X		X				X						X	X	
275	HIDROXIETILAMIDO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 60MG/ML (130/0,4) BOLSA SISTEMA FECHADO 500ML	BOLSA								X								
276	HIDROXIZINE	SOLUÇÃO ORAL 2MG/ML FRASCO 120ML	FR		X						X							X	
277	IBUPROFENO	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 50MG/ML FRASCO 30ML	FR		X					X	X								
278	IBUPROFENO	COMPRIMIDO 300MG	COM	X	X		X	X		X	X		X				X	X	
279	IMIPRAMINA	COMPRIMIDO 10MG	COM							X									
280	IMIPRAMINA	COMPRIMIDO 25MG	COM		X					X									

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDEMIO	FM	HMMR	HSJB	ODONTO	PC	PM	SAD	SC	UPA	VA
281	IMIPRAMINA, PAMOATO	COMPRIMIDO 75MG	COM		X					X									
282	IMUNOGLOBULINA ANTI RH(D)	INJETÁVEL	FR									X							
283	IMUNOGLOBULINA HUMANA	PÓ LIÓFILO IV 5G FRASCO AMPOLA + DILUENTE	FA								X								
284	INSULINA HUMANA NPH	SOLUÇÃO INJETÁVEL 100UI/ML FRASCO/AMPOLA 10ML	FA		X		X			X	X							X	
285	INSULINA HUMANA REGULAR	SOLUÇÃO INJETÁVEL 100UI/ML FRASCO/AMPOLA 10ML	FA		X		X			X	X							X	
286	IPRATRÓPIO, BROMETO	AEROSOL DOSIFICADOR ORAL 0,02MG/DOSE+ BOCAL + AEROCÂMERA (200 DOSES) FRASCO 10ML	FR								X								
287	IPRATRÓPIO, BROMETO	SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO 0,25MG/ML FRASCO 20ML	FR	X	X		X				X						X	X	
288	ISOFLAVONA DE SOJA (GLYCINE MAX)	COMPRIMIDO REVESTIDO 75MG	CAP	X										X					
289	ISOFLURANO	LÍQUIDO VOLÁTIL FRASCO 100ML	FR								X								
290	ISOSSORBIDA, DINITRATO	COMPRIMIDO SUBLINGUAL 5MG	COM		X		X			X	X							X	
291	ISOSSORBIDA, DINITRATO	COMPRIMIDO 10MG	COM		X		X			X	X							X	
292	ISOSSORBIDA, MONONITRATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 10MG/ML AMPOLA 1ML	AMP		X						X								
293	ISOSSORBIDA, MONONITRATO	COMPRIMIDO 20MG	COM		X		X			X	X							X	
294	ISOSSORBIDA, MONONITRATO	COMPRIMIDO 40MG	COM							X	X								
295	ITRACONAZOL	CÁPSULA 100MG	CAP					X			X								
296	IVERMECTINA	COMPRIMIDO 6MG	COM	X	X		X				X								
297	LACTULOSE	XAROPE 667MG/ML FRASCO 120ML	FR		X		X				X								
298	LATANOPROSTA	50MCG/ML (0,005%) SOLUÇÃO OFTÁLMICA	FR							X									
299	LEVODOPA + BENSERAZIDA	COMPRIMIDO LIBERAÇÃO CONTROLADA 100MG+ 25MG	COM							X									
300	LEVODOPA + BENSERAZIDA	COMPRIMIDO DISPERSÍVEL 100MG+ 25MG	COM							X									
301	LEVODOPA + BENSERAZIDA	COMPRIMIDO 200MG+ 50MG	COM							X									
302	LEVODOPA + CARBIDOPA	COMPRIMIDO 250MG+ 25MG	COM							X									
303	LEVOFLOXACINO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 5MG/ML FRASCO SISTEMA FECHADO 100ML	FR		X		X				X							X	
304	LEVOFLOXACINO	COMPRIMIDO 500MG	COM		X		X	X			X							X	
305	LEVOMEPROMAZINA	COMPRIMIDO 100MG	COM		X					X									
306	LEVOMEPROMAZINA	COMPRIMIDO 25MG	COM		X					X									
307	LEVOMEPROMAZINA	SOL.ORAL GOTAS 4% FR 20ML	FR		X					X									
308	LEVONORGESTREL	DRÁGEA 75MCG	DR									X			X				
309	LEVOTIROXINA SÓDICA	COMPRIMIDO 25MCG	COM							X	X								
310	LEVOTIROXINA SÓDICA	COMPRIMIDO 50MCG	COM							X	X								
311	LEVOTIROXINA SÓDICA	COMPRIMIDO 100MCG	COM							X	X								
312	LIDOCAÍNA, CLORIDRATO	GEL 2% BISNAGA 30G	BG		X		X				X		X	X			X	X	
313	LIDOCAÍNA, CLORIDRATO	SOLUÇÃO TÓPICA 10% FRASCO SPRAY 50ML	FR		X		X				X							X	
314	LIDOCAÍNA, CLORIDRATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 2% FRASCO-AMPOLA 20ML	FA	X	X		X				X				X		X	X	X

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDEMIO	FM	HMMR	HSJB	ODONTO	PC	PM	SAD	SC	UPA	VA
315	LIDOCAÍNA, CLORIDRATO + EPINEFRINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 2% + 5MCG/ML FRASCO-AMPOLA 20ML EM ESTOJO ESTÉRIL	FA								X							X	
316	LIDOCAÍNA, CLORIDRATO + PRILOCAÍNA	CREME 25MG/G + 25MG/G BISNAGA 5G + BANDAGENS	BG								X								
317	LINEZOLIDA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 2MG/ML BOLSA SISTEMA FECHADO 300ML	BOL								X								
318	LOPERAMIDA	COMPRIMIDO 2MG	COM		X		X				X								
319	LORATADINA	COMPRIMIDO 10MG	COM							X	X								
320	LORAZEPAM	COMPRIMIDO 2MG	COM		X														
321	LOSARTANA POTÁSSICA	COMPRIMIDO 50MG	COM	X	X		X				X							X	
322	LUGOL FORTE	SOLUÇÃO TÓPICA 5% FRASCO 10ML	FR								X				X				
323	MAGNÉSIO, SULFATO DE	SOLUÇÃO INJETÁVEL 10% AMPOLA 10ML	AMP		X		X				X								
324	MAGNÉSIO, SULFATO DE	SOLUÇÃO INJETÁVEL 50% AMPOLA 10ML	AMP												X				
325	MANITOL	SOLUÇÃO INJETÁVEL 20% FRASCO SISTEMA FECHADO FRASCO OU BOLSA 250ML	FR		X		X				X								
326	MANITOL + SORBITOL	SOLUÇÃO INJETÁVEL (IRRIGAÇÃO) 5,4MG/ML+ 27MG/ML SISTEMA FECHADO FRASCO 1000ML	FR								X								
327	MEBENDAZOL	COMPRIMIDO 100MG	COM	X	X		X	X											X
328	MEBENDAZOL	SUSPENSÃO ORAL 20MG/ML FRASCO 30ML	FR	X	X		X	X			X								X
329	MEDROXIPROGESTERONA, ACETATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 150MG/ML AMPOLA	AMP												X				
330	MEGLUMINA, ANTIMONIATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 300 MG/ML AMPOLA 5ML	AMP						X										
331	MEMANTINA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 10MG	COM							X									
332	MEROPENEM	PÓ PARA INJEÇÃO 1G + DILUENTE	FA		X		X				X								
333	METADONA	COMPRIMIDO 10MG	COM								X							X	
334	METFORMINA	COMPRIMIDO 850MG	COM	X	X		X	X			X								X
335	METILCELULOSE	SOLUÇÃO OFTÁLMICA 2% FRASCO 10ML	FR								X		X						
336	METILCELULOSE	SOLUÇÃO OFTÁLMICA 2% VISCO-ELÁSTICA INTRAOCULAR SERINGA 2ML	SER								X								
337	METILDOPA	COMPRIMIDO 250MG	COM	X	X		X												X
338	METILDOPA	COMPRIMIDO 500MG	COM								X				X				X
339	METILPREDNISOLONA	PÓ LIÓFILO PARA INJEÇÃO 1M/IV 500MG	FA				X				X								
340	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 10MG	COM	X	X		X	X			X							X	X
341	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 5MG/ML IM/IV AMPOLA 2ML	AMP	X	X		X				X							X	X
342	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 4MG/ML FRASCO 20ML	FR	X															
343	METOPROLOL	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 1MG/ML AMPOLA OU SERINGA 5ML	AMP				X				X								
344	METOPROLOL, SUCCINATO	COMPRIMIDO 50MG	COM							X	X								

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDEMIO	FM	HMMR	HSJB	ODONTO	PC	PM	SAD	SC	UPA	VA
345	METOPROLOL, SUCCINATO	COMPRIMIDO 100MG	COM							X	X								
346	METOXISALENO	CÁPSULA 10MG	CAP							X									
347	METOXISALENO	CREME 0,1% BISNAGA 50G	BG							X									
348	METOXISALENO	CREME 0,2% BISNAGA 50G	BG							X									
349	METRONIDAZOL	COMPRIMIDO 250MG	COM	X	X		X				X		X				X	X	
350	METRONIDAZOL	CREME (OU GEL) VAGINAL 100MG/G BISNAGA 50G + APLICADOR	BG	X	X		X	X			X						X	X	
351	METRONIDAZOL	SUSPENSÃO ORAL 40MG/ML FRASCO 80ML	FR	X	X		X			X	X						X		
352	METRONIDAZOL	SOLUÇÃO INJETÁVEL 5MG/ML FRASCO SISTEMA FECHADO 100ML	FR		X		X				X								
353	MICONAZOL, NITRATO	CREME VAGINAL 2% BISNAGA 80G + APLICADOR	BG	X															
354	MIDAZOLAM	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 2MG/ML FRASCO 10ML	FR								X								
355	MIDAZOLAM	COMPRIMIDO 15MG	COM								X						X		
356	MIDAZOLAM	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 1MG/ML AMPOLA 5ML	AMP		X		X				X								
357	MIDAZOLAM	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 5MG/ML AMPOLA 3ML	AMP								X								
358	MIDAZOLAM	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 5MG/ML AMPOLA 10ML	AMP		X		X				X								
359	MILRINONA, LACTATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 1MG/ML AMPOLA 10ML	AMP								X								
360	MISOPROSTOL	COMPRIMIDO VAGINAL 200MCG	COM									X							
361	MITOMICINA	PÓ LÍOFILO 5MG PARA INJEÇÃO IV	FA								X								
362	MONOETANOLAMINA, OLEATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 0,05G/ML AMPOLA 2ML	AMP								X								
363	MORFINA, SULFATO	COMPRIMIDIO 10MG	COM								X								
364	MORFINA, SULFATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV/IT 0,2MG/ML AMPOLA 1ML	AMP								X								
365	MORFINA, SULFATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV/ES 1MG/ML AMPOLA 2ML	AMP		X						X						X		
366	MORFINA, SULFATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV/SC 10MG/ML AMPOLA 1ML	AMP				X				X						X		
367	MORFINA, SULFATO	COMPRIMIDO 30MG	COM								X						X		
368	MOXIFLOXACINO	COLÍRIO 0,5% FRASCO 5ML	FR								X								
369	NALOXONA	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV/SC 0,4MG/ML AMPOLA 1ML	AMP		X		X				X								
370	NALTREXONA	COMPRIMIDO 50MG	COM		X														
371	NEOMICINA + BACITRACINA	POMADA 5G/G + 250UI BISNAGA 10G OU 15G	BG	X	X		X	X			X						X		
372	NEOSTIGMINE, METILSULFATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 0,5MG/ML AMPOLA 1ML	AMP		X		X				X								
373	NICOTINA	ADESIVO TRANSDÉRMICO 7MG	ADES							X	X								
374	NICOTINA	ADESIVO TRANSDÉRMICO 14MG	ADES							X	X								
375	NICOTINA	ADESIVO TRANSDÉRMICO 21MG	ADES							X	X								
376	NICOTINA	GOMA DE MASCAR 2MG	UNI							X									
377	NIFEDIPINO	COMPRIMIDO 10MG	COM	X	X		X	X			X							X	
378	NIFEDIPINO	COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA 20MG	COM	X	X			X			X							X	
379	NIMODIPINO	COMPRIMIDO 30MG	COM								X								
380	NISTATINA	SUSPENSÃO ORAL 100.000UI/ML FRASCO 50ML	FR	X	X		X	X			X						X	X	

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDEMIO	FM	HMMR	HSJB	ODONTO	PC	PM	SAD	SC	UPA	VA
381	NISTATINA	CREME VAGINAL 25.000UI/5G BISNAGA + 10 APLICADORES	BG	X	X		X	X			X						X	X	
382	NITRAZEPAM	COMPRIMIDO 5MG	COM		X					X									
383	NITROFURANTOÍNA	CÁPSULA 100MG	CAP							X					X				
384	NITROGLICERINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 5MG/ML AMPOLA 5ML	AMP		X		X				X								
385	NITROPRUSSIATO DE SÓDIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 25MG/ML AMPOLA 2ML	AMP		X		X				X								
386	NOREPINEFRINA (NORADRENALINA), HEMITARTARATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 2MG/ML AMPOLA 4ML	AMP		X		X				X								
387	NORETISTERONA	0,35MG - CARTELA COM 35 COMPRIMIDOS	CARTELA												X				
388	NORETISTERONA, ENANTATO + ESTRADIOL, VELERATO (NOREGYNÁ)	SOLUÇÃO INJETÁVEL (50MG + 5MG) AMPOLA	AMP	X											X				
389	NORFLOXACINO	COMPRIMIDO 400MG	COM		X		X				X							X	
390	ÓLEO MINERAL	LÍQUIDO PURO USO ORAL FRASCO 100ML	FR		X		X	X			X						X	X	
391	OMEPRAZOL	CÁPSULA 20MG	CAP		X		X	X		X	X						X	X	
392	OMEPRAZOL	PÓ PARA INJEÇÃO 40MG IV+ DILUENTE	FA		X		X				X							X	
393	ONDANSETRONA	COMPRIMIDO 8MG	COM								X						X		
394	ONDANSETRONA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 4MG/ML IV/IM AMPOLA 2ML	AMP		X						X								
395	OSELTAMIVIR, FOSFATO	CÁPSULA 75 MG	CAP								X								
396	OSELTAMIVIR, FOSFATO	CÁPSULA 45 MG	CAP								X								
397	OSELTAMIVIR, FOSFATO	CÁPSULA 30 MG	CAP								X								
398	OXACILINA (SÓDICA)	PÓ PARA INJEÇÃO IM/IV 500MG+ DILUENTE	FA		X		X				X								
399	OXIBUTININA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 5MG	COM							X									
400	OXIBUTININA, CLORIDRATO	1MG XAROPE, FRASCO 120ML	FR							X									
401	ÓXIDO DE ZINCO + VITAMINAS A + D	POMADA 150MG/G + 5.000UI/G+ 900UI/G BISNAGA 45G	BG		X						X								
402	PANCURÔNIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 2MG/ML IV AMPOLA 2ML	AMP								X								
403	PAPAÍNA	CREME/GEL 10% BISNAGA 50G	BG								X						X		
404	PAPAÍNA	CREME/GEL 2% BISNAGA 50G	BG								X						X		
405	PARACETAMOL	COMPRIMIDO 500MG	COM	X	X		X	X		X	X		X				X	X	
406	PARACETAMOL	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 200MG/ML FRASCO 15ML	FR	X	X		X	X		X	X		X				X	X	
407	PENTAMIDINA, ISETIONATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 300 MG PÓ LIÓFILO IV/IM FRASCO-AMPOLA	FA						X										
408	PENTOXIFILINA	CÁPSULA 400MG	COM								X						X		
409	PERICIAZINA	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 1% FRASCO 20ML	FR		X					X									
410	PERICIAZINA	SOLUÇÃO ORAL GOTAS 4% FRASCO 20ML	FR		X					X									
411	PERMETRINA	LOÇÃO 1% FRASCO 60ML	FR	X	X						X							X	
412	PETIDINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 50MG/ML AMPOLA 2ML	AMP		X		X				X							X	
413	PILOCARPINA	COLÍRIO 2% FRASCO 10ML	FR							X									
414	PINDOLOL	COMPRIMIDO 10MG	COM												X				

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDEMIO	FM	HMMR	HSJB	ODONTO	PC	PM	SAD	SC	UPA
415	PIPERACILINA + TAZOBACTAM	PÓ PARA INJEÇÃO IV 4G+ 500MG + DILUENTE	FA		X						X							
416	PIRIMETAMINA	COMPRIMIDO 25MG	COM					X										
417	POLIESTIRENOSSULFONATO DE CÁLCIO	PÓ ORAL 900MG ENVELOPE 30G	ENV								X							
418	POLIMIXINA B, SULFATO	PÓ PARA INJEÇÃO 500.000UI+ DILUENTE	FA								X							
419	PRALIDOXIMA (MESILATO)	SOLUÇÃO INJETÁVEL 50MG/ML AMPOLA 4ML	FA								X							
420	PRAVASTATINA SÓDICA	COMPRIMIDO 20MG	COM					X										
421	PRAZIQUANTEL	COMPRIMIDO 600MG	COM						X									
422	PREDNISOLONA, ACETATO	COLÍRIO 1% FRASCO 5ML	FR								X		X					
423	PREDNISOLONA, FOSFATO SÓDICO DE	SOLUÇÃO ORAL 4,02MG/ML (EQUIVALENTE A 3MG/ML DE PREDNISOLONA BASE) FRASCO 100ML	FR	X	X		X				X							X
424	PREDNISONA	COMPRIMIDO 5MG	COM	X	X		X	X		X	X						X	X
425	PREDNISONA	COMPRIMIDO 20MG	COM	X	X		X	X		X	X						X	X
426	PRIMAQUINA	COMPRIMIDO 15MG	COM						X		X							
427	PROMETAZINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM 25MG/ML AMPOLA 2ML	AMP	X	X		X				X							X
428	PROMETAZINA	COMPRIMIDO 25MG	COM		X		X			X	X							X
429	PROPATILNITRATO	COMPRIMIDO 10MG	COM		X					X	X							
430	PROPILTIOURACILA	COMPRIMIDO 100MG	COM							X	X							
431	PROPOFOL	EMULSÃO INJETÁVEL 1% IV AMPOLA 20ML	AMP								X							
432	PROPRANOLOL	COMPRIMIDO 40MG	COM	X	X		X	X			X							X
433	PROTAMINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL IV 1.000UI/ML AMPOLA 5ML	AMP				X				X							
434	PROXIMETACÁINA	COLÍRIO 0,5% FRASCO 5ML	FR		X		X				X		X					X
435	QUININA, DICLORIDRATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 300MG/ML AMPOLA 2ML	AMP						X		X							
436	QUININA, SULFATO	COMPRIMIDO 500MG	COM						X									
437	RANITIDINA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 150MG	COM	X	X		X	X		X	X							X
438	RANITIDINA, CLORIDRATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 25MG/ML IM/IV AMPOLA 2ML	AMP	X	X		X				X							X
439	RANITIDINA, CLORIDRATO	XAROPE 15MG/ML FRASCO 120ML	FR							X								
440	RIFAMICINA	COMPRIMIDO 300MG	COM					X										
441	RIFAMICINA	SOLUÇÃO TÓPICA 10MG/ML SPRAY FRASCO 20ML	FR															X
442	RINGER COM LACTATO DE SÓDIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL SISTEMA FECHADO FRASCO 500ML	FR		X		X				X						X	X
443	RISPERIDONA	COMPRIMIDO 1MG	COM		X						X						X	
444	RISPERIDONA	COMPRIMIDO 2MG	COM		X						X						X	
445	RISPERIDONA	COMPRIMIDO 3MG	COM		X						X							
446	SACCHAROMYCES BOULARDII	CÁPSULA 100MG	CAP		X						X							
447	SAIS PARA REIDRATAÇÃO	PÓ PARA SOLUÇÃO ORAL ENVELOPE 27,9G	ENV	X	X		X	X			X							X
448	SALBUTAMOL, SULFATO	AEROSOL ORAL 100MCG/DOSE FRASCO 200 DOSES	FR							X	X							
449	SALBUTAMOL, SULFATO	XAROPE 0,4MG/ML FRASCO 100ML OU 120ML	FR	X	X		X	X			X							X
450	SERTALINA	COMPRIMIDO 50MG	COM		X						X							
451	SEVOFLURANO	LÍQUIDO PARA INALAÇÃO FRASCO 100ML	FR								X							

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDEMIO	FM	HMMR	HSJB	ODONTO	PC	PM	SAD	SC	UPA
452	SIMETICONA	SUSPENSÃO ORAL GOTAS 75MG/ML FRASCO 10ML	FR		X		X				X							X
453	SIMETICONA	COMPRESSIVO 40MG	COM		X		X				X							X
454	SINVASTATINA	COMPRESSIVO 20MG	COM	X	X		X				X							
455	SINVASTATINA	COMPRESSIVO 40MG	COM				X				X							X
456	SOLUÇÃO SALINA BALANCEADA	SOLUÇÃO SALINA BALANCEADA (BSS) PARA USO OFTÁLMICO(300mOsm/kg, pH 7,2) SISTEMA FECHADO 500ML	FR								X							
457	SORBITOL + LAURILSULFATO DE SÓDIO	ENEMA 7,14MG/G+ 7,70MG/G BISNAGA 6,5G	BG		X		X				X						X	X
458	SULFADIAZINA	COMPRESSIVO 500MG	COM					X			X							
459	SULFADIAZINA DE PRATA MICRONIZADA	CREME 10MG/G BISNAGA 50G	BG	X	X			X			X			X			X	X
460	SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL 400MG + 80MG AMPOLA 5ML	AMP		X		X				X							
461	SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPINA	COMPRESSIVO 400MG + 80MG	COM	X	X		X	X			X						X	X
462	SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPINA	SUSPENSÃO ORAL 40MG/ML+ 8MG/ML FRASCO 50ML	FR	X	X		X	X			X							X
463	SULPIRIDA	COMPRESSIVO 200MG	COM		X					X								
464	SUXAMETÔNIO	PÓ PARA INJEÇÃO IM/IV 100MG	FA								X							
465	TEICOPLAMINA	PÓ PARA INJEÇÃO IM/IV 400Mg+ DILUENTE	FA								X							
466	TENOICAM	COMPRESSIVO 20MG	COM		X		X				X						X	X
467	TENOICAM	PÓ LIÓFILO PARA INJEÇÃO IV 2MG + DILUENTE	FA		X		X				X						X	X
468	TETRACÁINA FENILEFRINA	COLÍRIO 1% + 0,1% FRASCO 10ML	FR		X		X				X		X					X
469	TIGECICLINA	PÓ LIÓFILO PARA INJEÇÃO 50MG	FA								X							
470	TIMOLOL	COLÍRIO 0,5% FRASCO 5ML	FR							X	X							
471	TIOPENTAL, SÓDICO	PÓ PARA INJEÇÃO IV 1G	FA								X							X
472	TIORIDAZIDA	COMPRESSIVO 100MG	COM		X					X								
473	TIORIDAZIDA	COMPRESSIVO 200MG	COM		X					X								
474	TIORIDAZIDA	COMPRESSIVO 50MG	COM		X					X								
475	TOBRAMICINA	COLÍRIO 0,3% FRASCO 5ML	FR		X		X				X							
476	TOPIRAMATO	COMPRESSIVO 100MG	COM		X													
477	TOPIRAMATO	COMPRESSIVO 50MG	COM		X													
478	TOPIRAMATO	COMPRESSIVO 25MG	COM		X													
479	TRAMADOL	CÁPSULA 50MG	CAP		X						X							
480	TRAMADOL	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/IV 50MG/ML AMPOLA 1ML	AMP		X		X				X							X
481	TRAVOPROSTA	0,04 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA	FR							X								
482	TROPICAMIDA	COLÍRIO 1% FRASCO 5ML	FR								X		X					
483	VALPROATO DE SÓDIO OU ÁCIDO VALPRÓICO	COMPRESSIVO 576MG (EQUIVALENTE A 500MG ÁCIDO VALPRÓICO)	COM		X					X								
484	VALPROATO DE SÓDIO OU ÁCIDO VALPRÓICO	XAROPE OU SOLUÇÃO ORAL 57,624MG/ML (EQUIVALENTE A 50MG/ML DE ÁCIDO VALPRÓICO) FRASCO 100ML	FR		X					X	X							
485	VANCOMICINA	PÓ PARA INJEÇÃO IV 500MG	FA		X		X				X							
486	VARFARINA SÓDICA	COMPRESSIVO 5MG	COM		X		X			X	X							
487	VECURÔNIO	PÓ LIÓFILO PARA INJEÇÃO IV 4MG+ DILUENTE	FA								X							

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Nº	FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CAIS	CAPS	SPA	CDI	EPIDEMIO	FM	HMMR	HSJB	ODONTO	PC	PM	SAD	SC	UPA	
488	VERAPAMIL, CLORIDRATO DE	COMPRIMIDO 80MG	COM		X					X	X								
489	VERAPAMIL, CLORIDRATO DE	SOLUÇÃO INJETÁVEL 2,5MG/ML AMPOLA 2ML	AMP				X				X								
490	VIOLETA GENCIANA	SOLUÇÃO TÓPICA 2% FRASCO 20ML	FR								X								
491	VITAMINA A (ACETATO DE RETINOL) + VITAMINA D (COLECALCIFEROL)	SOLUÇÃO ORAL 50.000UI/ML + 10.000UI/ML FRASCO GOTEJADOR 10ML	FR	X															
492	VITAMINA B1 (TIAMINA)	COMPRIMIDO 300MG	COM		X														
493	VITAMINA C (ÁCIDO ASCÓRBICO)	SOLUÇÃO INJETÁVEL 100MG/ML AMPOLA 5ML	AMP		X		X				X								X
494	VITAMINA COMPLEXO B	DRÁGUA (B1,B2,B3,B5,B6)	DR		X														
495	VITAMINA COMPLEXO B	SOLUÇÃO INJETÁVEL ((B1,B2,B3,B5,B6) IM/IV AMPOLA 2ML	AMP		X		X				X								X
496	VITAMINA K (FITOMENADIONA)	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/SC 10MG/ML AMPOLA 1ML	AMP		X		X				X								X
497	VITAMINAS B1(TIAMINA) + B6(PIRIDOXINA) + B12(CIANOCOBALAMINA)	SOLUÇÃO INJETÁVEL 100MG + 100MG + 5.000MCG AMPOLA 3ML	AMP		X		X				X								X
498	ZUCLOPENTIXOL, DECANOATO	200 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 1 ML	AMP		X	X													

Nº	INSUMO FARMACÊUTICO	APRESENTAÇÃO	UN	AB	CA	CAPS	CC	CDI	EPIDEMIO	FM	HMR	HSJB	ODONTO	PC	PM	SAD	SC	UPA	VA
1	LANCETAS PARA PUNÇÃO DIGITAL		UNID							X									
2	PRESERVATIVO MASCULINO		UNID	X				X							X				
3	SERINGAS COM AGULHA ACOPLADA PARA APLICAÇÃO DE INSULINA	INFANTIL	UNID							X									
4	SERINGAS COM AGULHA ACOPLADA PARA APLICAÇÃO DE INSULINA	ADULTO	UNID							X									
5	TIRAS REAGENTES PARA MEDIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR		UNID							X									

**ANEXO 1 – MEDICAMENTOS ESSENCIAIS FORNECIDOS EM NÍVEL
AMBULATORIAL, POR INDICAÇÃO TERAPÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DE VOLTA REDONDA**

Medicamento		Local de fornecimento	Observações
1 - Anti-Hipertensivos			
1.1 - Agentes que atuam no Sistema Renina-Angiotensina			
Captopril	Comprimido 25 mg	UBS/UBSF	
Enalapril, maleato	Comprimido 5 mg	UBS/UBSF	
	Comprimido 10 mg	UBS/UBSF	
	Comprimido 20 mg	UBS/UBSF	
Losartana potássica	Comprimido 50 mg	UBS/UBSF	
1.2 - Vasodilatadores			
Hidralazina, cloridrato	Comprimido 25 mg	Policlínica da Mulher	Pacientes acompanhados pela unidade
Propatilnitrato	Comprimido 10 mg	Farmácia	
1.3 - Simpaticomiméticos de ação central			
Metildopa	Comprimido 250 mg	UBS/UBSF	
	Comprimido 500 mg	Policlínica da Mulher	Pacientes acompanhados pela unidade

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Medicamento		Local de fornecimento	Observações
1.4 - Beta-bloqueadores			
Atenolol	Comprimido 25 mg	UBS/UBSF	
	Comprimido 50 mg	UBS/UBSF	
Carvedilol	Comprimido 3,125 mg	Farmácia	
	Comprimido 6,25 mg	Farmácia	
	Comprimido 12,5 mg	Farmácia	
Pindolol	Comprimido 10 mg	Policlínica da Mulher	Pacientes acompanhados pela unidade
Propranolol, cloridrato	Comprimido 40 mg	UBS/UBSF	
Metoprolol, Succinato	Comprimido 50 mg	Farmácia	
	Comprimido 100 mg	Farmácia	
1.5 - Bloqueadores de Canais de Cálcio			
Anlodipino, besilato	Comprimido de 5 mg	UBS/UBSF	
	Comprimido de 10 mg	UBS/UBSF	
Diltiazem	Comprimido 60mg	Farmácia	
Nifedipino	Comprimido 10 mg	UBS/UBSF	
	Comprimido 20mg liberação controlada	UBS/UBSF	
Verapamil, cloridrato	Comprimido 80 mg	Farmácia	
1.6 - Diuréticos			

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Medicamento		Local de fornecimento	Observações
Espironolactona	Comprimido 25 mg	Farmácia	
	Comprimido 100 mg	Farmácia	
Furosemida	Comprimido 40 mg	UBS/UBSF	
Hidroclorotiazida	Comprimido 25 mg	UBS/UBSF	
1.7 – Inibidores Seletivos da Fosfodiesterase III			
Cilostazol	50 mg comprimido	Farmácia	
	100 mg comprimido	Farmácia	
2 - Glicosídeo Cardíaco			
Digoxina	Comprimido 0,25 mg	UBS/UBSF	
3 - Antianginosos			
Isossorbida, dinitrato	Comprimido sublingual 5 mg	Farmácia	
Isossorbida, mononitrato	Comprimido 10 mg	Farmácia	
	Comprimido 20 mg	Farmácia	
	Comprimido 40 mg	Farmácia	
4 - Antiarrítmico			
Amiodarona, cloridrato	Comprimido 200 mg	Farmácia	

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Medicamento		Local de fornecimento	Observações
5 - Tratamento da Hiperplasia de Próstata			
Finasterida	Comprimido 5 mg	Farmácia	
Doxazosina	Comprimido 2 mg	Farmácia	
6 - Preparações anti-anêmicas			
Ácido fólico	Comprimido 5 mg	UBS/UBSF/ Policlínica da Mulher	
Ferroso, sulfato	Comprimido 40 mgfe++	UBS/UBSF/ Policlínica da Mulher	
	Solução oral 25 mg/ml fe++	UBS/UBSF	
7 - Antibacterianos			
7.1 - Aminoglicosídeo + Antibiótico polipeptídico			
Neomicina + bacitracina	Pomada 5g/g + 250ui bisnaga 10g ou 15g	UBS/UBSF	
7.2 - Macrolídeos			
Azitromicina	Pó para suspensão oral 40 mg/mL	Farmácia	
	Comprimido 500 mg	UBS/UBSF/ Farmácia	
Claritromicina	Cápsula ou comprimido 500 mg	CDI	
	50mg/ml suspensão oral	Farmácia	

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Medicamento		Local de fornecimento	Observações
Eritromicina, estolato	Cápsula ou comprimido 500mg	Farmácia	
	Suspensão oral 25mg/ml 60ml	Farmácia	
Espiramicina	Comprimido 1,5 M.U.I.	Policlínica da Mulher	Pacientes acompanhados pela unidade
7.3 – Tetraciclina			
Doxicilina	Comprimido 100mg Revestido	CDI/ Farmácia	
7.4 - Quinolonas			
Ciprofloxacino, cloridrato	Comprimido 500 mg	Farmácia	
Levofloxacino	500mg comprimido	CDI	Casos específicos - Infectologista
7.5 - Sulfonamidas e Trimetoprima			
Sulfadiazina	Comprimido 500 mg	CDI	
Sulfametoxazol + trimetoprima	Comprimido 400 mg + 80 mg	UBS/UBSF	
	Suspensão oral 40 mg + 8 mg/mL	UBS/UBSF	
7.6 – Lincosamida			
Clindamicina, cloridrato	Cápsula 300 mg	CDI/ Farmácia	Casos específicos - Infectologista
7.7 - Beta-lactâmicos e Penicilinas			

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Medicamento		Local de fornecimento	Observações
Ampicilina Sódica	Cápsula 500mg	Farmácia	
Amoxicilina	cápsula ou comprimido 500 mg	UBS/UBSF/ Farmácia	
	Pó para suspensão oral 50 mg/mL	UBS/UBSF/ Farmácia	
Amoxicilina + clavulanato de potássio	Comprimido 500 mg + 125 mg	Farmácia	
	suspensão oral 50 mg + 12,5 mg/mL	UBS/UBSF/ Farmácia	
Benzilpenicilina benzatina	Pó para suspensão injetável 1.200.000 UI	UBS/UBSF/ Farmácia	
	Pó para suspensão injetável 600.000 UI	UBS/UBSF/ Farmácia	
Benzilpenicilina procaína + Benzilpenicilina potássica	Suspensão injetável 300.000 ui + 100.000 UI	UBS/UBSF/ Farmácia	
7.8 - Cefalosporinas de 1ª geração			
Cefalexina (sódica ou cloridrato)	cápsula 500 mg	UBS/UBSF/ Farmácia/ Policlínica da Mulher	
Cefalexina (sódica ou cloridrato)	suspensão oral 50 mg/mL	UBS/UBSF/ Farmácia/ Policlínica da Mulher	
7.9 - Outros antibacterianos			
Nitrofurantoína	Cápsula 100mg	Policlínica da Mulher / Farmácia	
Rifampicina	Cápsula 300mg	CDI	Casos específicos - Infectologista
8 - Antifúngicos			
Nistatina	Suspensão oral 100.000 UI/mL	UBS/UBSF	
	Creme vaginal 25.000UI/5g bisnaga + aplicador	UBS/UBSF	

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Medicamento		Local de fornecimento	Observações
Fluconazol	Cápsula 150 mg	CDI	
Miconazol, nitrato	Creme vaginal 2%	UBS/UBSF	
9 - Anti- protozoário			
Pirimetamina	25 mg comprimido	CDI	
9.1 - Derivados Imidazólicos			
Metronidazol	Comprimido 250 mg	UBS/UBSF	
	Gel vaginal 10% (100mg/g)	UBS/UBSF	
Metronidazol (benzoilmetronidazol)	Suspensão oral 40 mg/mL	UBS/UBSF/ Farmácia	
10 - Ectoparasiticidas			
Benzoato de benzila	Emulsão tópica 25% frasco 60mL	UBS/UBSF	
Permetrina	loção 1%	UBS/UBSF	
11 - Anti-helmínticos			
Albendazol	Comprimido mastigável 400 mg	UBS/UBSF	
	Suspensão oral 40 mg/mL	UBS/UBSF	
Ivermectina	Comprimido 6 mg	UBS/UBSF	
Medicamento		Local de fornecimento	Observações

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Mebendazol	Comprimido 100mg	UBS/UBSF	
	Suspensão oral 20mg/mL frasco 30mL	UBS/UBSF	
12 - Antivirais			
Aciclovir	Comprimido 200 mg	CDI/ Farmácia	
Oseltamivir	Comprimido 75 mg	UPA	Protocolo de tratamento da <i>Influenza</i> /Componente Estratégico
	Comprimido 45 mg	UPA	
	Comprimido 30 mg	UPA	
13 - Antidepressivos			
Amitriptilina, cloridrato	Comprimido 25 mg	Farmácia	
Bupropiona, cloridrato	Comprimido 150mg	Farmácia	
Clomipramina, cloridrato	Comprimido 25 mg	Farmácia	
Fluoxetina, cloridrato	Cápsula ou comprimido 20 mg	Farmácia	
Imipramina	Comprimido 10mg	Farmácia	
	Comprimido 25mg	Farmácia	
Imipramina, pamoato	Comprimido 75mg	Farmácia	
Sertralina	Comprimido 50mg	Cais Aterrado	Exclusivo para o tratamento da dependência química e programas excepcionais da Saúde Mental
14 - Antiepiléticos			
		Outros medicamentos disponíveis na Linha de cuidado da EPILEPSIA no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (anexo 3).	

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Medicamento		Local de fornecimento	Observações
Carbamazepina	Comprimido 200 mg	Farmácia	
	Suspensão oral 20 mg/mL	Farmácia	
Fenitoína sódica	Comprimido 100 mg	Farmácia	
Fenobarbital	Comprimido 100 mg	Farmácia	
	Solução oral 40 mg/mL	Farmácia	
Valproato de sódio ou ácido valpróico	Comprimido 576 mg (equivalente a 500 mg ácido valpróico)	Farmácia	
	Solução oral ou Xarope 57,624 mg/ml (equivalente a 50 mg ácido valpróico/mL)	Farmácia	
Topiramato	Comprimido 100mg	Cais Aterrado	Exclusivo para o tratamento da dependência química e programas excepcionais da Saúde Mental
	Comprimido 50mg		
	Comprimido 25mg		
15 - Antiparkinsonianos		Outros medicamentos disponíveis na Linha de cuidado da PARKINSON no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (anexo 3).	
Biperideno, cloridrato	Comprimido 2 mg	Farmácia	
Levodopa + benzerazida	Comprimido liberação controlada 100mg+ 25mg	Farmácia	
	Comprimido dispersível 100mg+ 25mg	Farmácia	
	Comprimido 200 mg + 50 mg	Farmácia	
Levodopa + carbidopa	Comprimido 250 mg + 25 mg	Farmácia	
16 - Antipsicóticos		Outros medicamentos disponíveis na Linha de cuidado da ESQUIZOFRENIA no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (anexo 3).	

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Medicamento		Local de fornecimento	Observações
Carbonato de lítio	Comprimido 300 mg	Farmácia	
Clorpromazina, cloridrato	Comprimido 25 mg	Farmácia	
	Comprimido 100 mg	Farmácia	
	Solução oral gotas 4% frasco 20mL	Farmácia	
Levomepromazina	Comprimido 100mg	Farmácia	
	Comprimido 25mg	Farmácia	
	Solução oral gotas 4% frasco 20mL	Farmácia	
Haloperidol	Comprimido 1 mg	Farmácia	
	Comprimido 5 mg	Farmácia	
	Solução oral 2 mg/mL	Farmácia	
Haloperidol, decanoato	Solução injetável 50 mg/mL	CAPS	
Periciazina	Solução oral gotas 1% frasco 20mL	Farmácia	
	Solução oral gotas 4% frasco 20mL	Farmácia	
Risperidona	Comprimido 1mg	Cais Aterrado	Exclusivo para o tratamento da dependência química e programas excepcionais da Saúde Mental
	Comprimido 2mg	Cais Aterrado	
	Comprimido 3mg	Cais Aterrado	
Sulpirida	Comprimido 200mg	Farmácia	
Tioridazida	Comprimido 100mg	Farmácia	
	Comprimido 200mg	Farmácia	
	Comprimido 50mg	Farmácia	

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Medicamento		Local de fornecimento	Observações
Zuclopentixol, decanoato	200 mg/ml solução injetável 1 mL	CAPS	
17 - Ansiolíticos			
Buspirona	Comprimido 10mg	Farmácia	
Clonazepam	Solução oral 2,5 mg/mL	Farmácia	
	Comprimido 2mg	Farmácia	
Diazepam	Comprimido 5 mg	Farmácia	
	Comprimido 10mg	Farmácia	
Nitrazepam	Comprimido 5mg	Farmácia	
18 - Antigotoso			
Alopurinol	Comprimido 100 mg	UBS/UBSF	
19 - Antialérgicos			
Dexclorfeniramina, maleato	Solução oral 0,4 mg/mL ou xarope 0,4 mg/mL	UBS/UBSF	
Loratadina	Comprimido 10 mg	Farmácia	
Prometazina, cloridrato	25mg comprimido	Farmácia	
20 - Anti-inflamatórios			
20.1 - Não Esteroidais			

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Medicamento		Local de fornecimento	Observações
Ibuprofeno	Solução oral 50 mg/mL	Farmácia	
	Comprimido 300 mg	UBS/UBSF/ Farmácia	
20.2 - Esteroidais - Corticosteróides			
Clobetasol, propionato	Creme 0,5mg/G Bisnaga 30g	Policlínica da Mulher	Pacientes acompanhados pela unidade
Dexametasona	comprimido 4 mg	SAD	Pacientes acompanhados pela unidade
	creme 0,1%	UBS/UBSF	
Prednisolona, fostatosódico	Solução oral 4,02 mg/mL (equivalente a 3 mg de prednisolona base)	UBS/UBSF	
Prednisona	Comprimido 5 mg	UBS/UBSF / Farmácia	
Prednisona	comprimido 20 mg	UBS/UBSF / Farmácia	
21 - Analgésicos e Antipiréticos			
Dipirona sódica	Solução oral 500 mg/mL	UBS/UBSF/	
	comprimido 500 mg	UBS/UBSF/	
Paracetamol	Comprimido 500 mg	UBS/UBSF/ Farmácia	
	solução oral 200 mg/mL	UBS/UBSF/ Farmácia	
22 - Antitrombóticos			
Ácido acetilsalicílico	Comprimido 100 mg	UBS/UBSF	

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Medicamento		Local de fornecimento	Observações
Varfarina sódica	Comprimido 5 mg	Farmácia	
23 - Anti-hemorrágico, antifibrinolítico			
Ácido Tranexâmico	Comprimido 250mg	Policlínica da Mulher	Pacientes acompanhados pela unidade
24 - Heparina de Baixo Peso Molecular			
Enoxaparina sódica	Solução injetável 40mg sc seringa 0,4mL com dispositivo de segurança	Policlínica da Mulher	Pacientes acompanhados pela unidade
25 - Hipoglicemiantes			
Glibenclamida	Comprimido 5 mg	UBS/UBSF	
Glicazida	Comprimido de liberação controlada 30mg	Farmácia	
Glimepirida	Comprimido 2 mg	Farmácia	
	Comprimido 4 mg		
Insulina Humana NPH	100 UI/mL - suspensão injetável	Farmácia	
Insulina Humana Regular	100 UI/mL - solução injetável		
Metformina, cloridrato	Comprimido 500 mg liberação modificada	Farmácia Popular do Brasil	Validade da receita 6 meses
	Comprimido 850 mg	UBS/UBSF	
26 - Agente desintoxicante			

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Medicamento		Local de fornecimento	Observações
Folinato de cálcio (ácido folínico)	15mg comprimido	CDI	
27 - Antiespasmódicos urinários			
Oxibutinina, cloridrato	Comprimido 5mg	Farmácia	
	1mg/mL Xarope, frasco 120mL+A310	Farmácia	
28 - Medicamentos para desordens gastrointestinais			
28.1 - Propulsivos			
Metoclopramida, cloridrato	Comprimido 10 mg	UBS/UBSF	
	Solução oral 4 mg/mL	UBS/UBSF	
28.2 - Inibidor da bomba de prótons			
Omeprazol	Cápsula 20 mg	Farmácia	
28.3 - Antagonistas do Receptor H₂			
Ranitidina, cloridrato	Comprimido 150 mg	UBS/UBSF	
	Xarope 15mg/mL	Farmácia	
29 - Medicamento para tratamento de doenças ósseas			

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Medicamento		Local de fornecimento	Observações
Alendronato de sódio	Comprimido 70 mg	Farmácia	Outros medicamentos disponíveis na Linha de cuidado da Osteoporose no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (anexo 3).
30 - Medicamentos para doenças respiratórias			
Aminofilina	Comprimido 100mg	UBS/UBSF	Outros medicamentos disponíveis na Linha de cuidado da ASMA e DPOC no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (anexo 3).
Beclometasona, dipropionato	Spray nasal 50 mcg/ dose	Farmácia	
Budesonida	32mcg - spray nasal	Farmácia	
	50mcg - aerossol bucal		
Fenoterol, bromidrato	Solução para nebulização 5mg/mL frasco 20mL	UBS/UBSF	
Ipratrópio, brometo	Solução inalante 0,25 mg/mL	UBS/UBSF	
Salbutamol, sulfato	Aerossol 120,5 mcg/dose (equivalente a 100 mcg/dose de salbutamol)	Farmácia	
	Xarope 0,4mg/mL Frasco	UBS/UBSF	
31 - Fitoterápicos			
Guaco (Mikania Glomerata Spreng.)	Xarope	UBS/UBSF	Unidades com programa de fitoterapia.
Isoflavona-de-soja (Glycinemax (L.) Merr.)	Cápsula ou comprimido		
32 - Hipolipemiante		Outros medicamentos disponíveis na Linha de cuidado da HIPERCOLESTEROLEMIA no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (anexo 3).	
Sinvastatina	Comprimido 20 mg	UBS/UBSF	

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Medicamento		Local de fornecimento	Observações
33 – Fibrato			Outros medicamentos disponíveis na Linha de cuidado da HIPERCOLESTEROLEMIA no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (anexo 3).
Fenofibrato	Comprimido 250mg	CDI	Casos específicos - HIV/AIDS
34 - Suplementos minerais			
Carbonato de cálcio	Comprimido 1250 mg (equivalente a 500mg ca++)	Farmácia	
Carbonato de cálcio + colecalciferol	Comprimido 500mg + 400UI	Farmácia	
35- Suplementos vitamínicos			
Vitamina A (Acetato De Retinol) + Vitamina D (Colecalciferol)	Solução Oral 50.000UI/mL + 10.000UI/mL Frasco Gotejador 10mL	UBS/UBSF	
Vitamina B1 (Tiamina)	Comprimido 300mg	Farmácia	
Vitamina do Complexo B	Drágea (B1,B2,B3,B5,B6)	Cais Aterrado	Exclusivo para o tratamento da dependência química e programas excepcionais da Saúde Mental
36- Antiglaucomatosos			
Pilocarpina	Colírio 2%	Farmácia	
Timolol, maleato	Colírio 5mg/mL	Farmácia	
Acetazolamida	Comprimido 250mg	Farmácia	Exclusivo para os pacientes cadastrados no programa de glaucoma.
Bimatoprost	0,3 mg/ml (0,03%) solução oftálmica	Farmácia	
Brimonidina, tartarato	2 mg/mL (0,2%) solução oftálmica	Farmácia	
Brinzolamida	10 mg/mL (1%) solução oftálmica	Farmácia	

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Medicamento		Local de fornecimento	Observações
Dorzolamida, cloridrato	20 mg/mL (2%) solução oftálmica	Farmácia	
Latanoprostá	50 mcg/mL (0,005%) solução oftálmica	Farmácia	
Travoprostá	0,04 mg/mL solução oftálmica	Farmácia	
37 - Antagonista opióide			
Naltrexona	Comprimido 50mg	Cais Aterrado	Exclusivo para o tratamento da dependência química e programas excepcionais da Saúde Mental
38 - Vasoprotetor			
Diosmina + Hesperidina	Comprimido 450mg+ 50mg	Farmácia	
39 - Formulação para reidratação oral			
Sais para reidratação oral	Pó para solução oral	UBS/UBSF	
40 - Solução Salina			
Cloreto de sódio + Benzalconio	Solução nasal 0,9% + 0,01% frasco 30mL	UBS/UBSF	
41 - Medicamentos para desordens da Tireóide			
Levotiroxina sódica	Comprimido 25 mcg	Farmácia	
	Comprimido 50 mcg	Farmácia	
	Comprimido 100 mcg	Farmácia	

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Medicamento		Local de fornecimento	Observações
Propiltiouracila	Comprimido 100 mg	Farmácia	
42 - Tratamento do Alzheimer		Outros medicamentos disponíveis na Linha de cuidado da ALZHEIMER no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica anexo 3).	
Memantina, cloridrato	Comprimido 10mg	Farmácia	
43- Componente Estratégico /Tabagismo			
Bupropiona, cloridrato	Comprimido 150mg	Farmácia	Pacientes inseridos no programa
Nicotina	Adesivo transdérmico 7mg		
	Adesivo transdérmico 14mg		
	Adesivo transdérmico 21mg		
	Goma de mascar 2mg		
44- Tratamento do vitiligo			
Filtro solar (bloqueador solar)	Loção cremosa FPS 30 frasco 120mL	Farmácia	Pacientes inseridos no programa
Metoxisaleno	Cápsula 10mg	Farmácia	
	Creme 0,1% bisnaga 50g	Farmácia	
	Creme 0,2% bisnaga 50g	Farmácia	
45- Tratamento de Agravos Vetoriais			

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Medicamento		Local de fornecimento	Observações
Artesunato + Mefloquina	25 mg + 55 mg cartela c/3 (6 m-11m)	Farmácia	Liberação após visto da Epidemiologia
Artesunato + Mefloquina	25 mg + 55 mg cartela c/6 (1a-5a)	Farmácia	Liberação após visto da Epidemiologia
Cloroquina	Comprimido 150mg	Farmácia	Liberação após visto da Epidemiologia
Artemeter + Lumefantrina	20 mg + 120 mg cartela c/18	Farmácia	Liberação após visto da Epidemiologia
Artemeter + Lumefantrina	20 mg + 120 mg cartela c/24	Farmácia	Liberação após visto da Epidemiologia
Praziquantel	Comprimido 600 mg	SMS	Solicitação via Epidemiologia
Primaquina	Comprimido 15 mg	Farmácia	Liberação após visto da Epidemiologia
Quinina, sulfato	Comprimido 500 mg	Farmácia	Liberação após visto da Epidemiologia
46 - Contraceptivos hormonais			
Estradiol, valerato+ Noretisterona, enantato (Mesigyna)	solução injetável 5mg+ 50mg seringa 1mL para liberação controlada	UBS/UBSF/ Policlínica da Policlínica da Mulher	Planejamento familiar
Etinilestradiol + levonorgestrel	0,03 mg + 0,15 mg - cartela com 21 comprimidos	UBS/UBSF/	Planejamento familiar
Etinilestradiol + Levonorgestrel + Etinilestradiol (Triquilar)	Drágeas 30mcg +150mcg + 40 mcg Drágeas	UBS/UBSF/ Policlínica da Mulher	Planejamento familiar
Levonorgestrel	0,75 mg - cartela com 02 comprimidos	UBS/UBSF/ Policlínica da Mulher	Planejamento familiar
Medroxiprogesterona, acetato	Solução injetável 150 mg/mL – ampola	UBS/UBSF/	Planejamento familiar
Noretisterona	0,35 mg - cartela com 35 comprimidos	UBS/UBSF/ Policlínica da Mulher	Planejamento familiar
Noretisterona, enantato + estradiol, valerato (Noregyna)	Solução injetável (50 mg + 5 mg) - ampola	UBS/UBSF/ Policlínica da Mulher	Planejamento familiar

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Medicamento		Local de fornecimento	Observações
47 - Terapia Hormonal			
Estriol	Creme vaginal 1mg/g bisnaga 50g+ aplicador	Policlínica da Mulher	Pacientes acompanhados pela unidade
Estrogênios conjugados	Creme vaginal 0,625mg/g bisnaga 25g		
	Drágea 0,625mg		
48 - Indutor de ovulação			
Clomifeno	Comprimido 50mg	Policlínica da Mulher	Pacientes acompanhados pela unidade
49 - Insumos de diabetes para insulino dependentes			
Lancetas para punção digital		Farmácia	Programa de insumos para insulino dependente
Seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina		Farmácia	Fornecido nas dispensações de insulina
Tiras reagentes para medição de glicemia capilar		Farmácia	Programa de insumos para insulino dependente

ANEXO 2 – RELAÇÃO ESTADUAL DE MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA FORNECIDOS PELO CDI/SMS/PMVR

Programa SES-RJ	Denominação Comum Brasileira	Apresentação Farmacêutica
Componente Estratégico / AIDS	Abacavir	300 mg, comprimido
Componente Estratégico / AIDS	Abacavir	20 mg/ mL solução oral, frasco
Componente Estratégico / AIDS	Atazanavir	200 mg, cápsula
Componente Estratégico / AIDS	Atazanavir	300 mg, cápsula
Componente Estratégico / AIDS	Darunavir	300 mg, comprimido
Componente Estratégico / AIDS	Didanosina entérica	250 mg, cápsula
Componente Estratégico / AIDS	Didanosina entérica	400 mg, cápsula
Componente Estratégico / AIDS	Didanosina	4 g pó para solução oral, frasco
Componente Estratégico / AIDS	Efavirenz	200 mg, cápsula
Componente Estratégico / AIDS	Efavirenz	600 mg, comprimido
Componente Estratégico / AIDS	Efavirenz	30 mg/ mL solução oral, frasco
Componente Estratégico / AIDS	Enfuvirtida	90 mg/ mL (Kit) pó líofilo + Diluente x 2 mL + Seringa 3 mL + Seringa 1 mL + Sachê de algodão, frasco-ampola
Componente Estratégico / AIDS	Estavudina	30 mg, cápsula
Componente Estratégico / AIDS	Estavudina	1 mg/ mL pó para solução oral, frasco
Componente Estratégico / AIDS	Etravirina	100 mg, comprimido
Componente Estratégico / AIDS	Fosamprenavir	700 mg, comprimido
Componente Estratégico / AIDS	Indinavir	400 mg, cápsula

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Programa SES-RJ	Denominação Comum Brasileira	Apresentação Farmacêutica
Componente Estratégico / AIDS	Lamivudina	150 mg, comprimido
Componente Estratégico / AIDS	Lamivudina	10 mg/ mL solução oral, frasco
Componente Estratégico / AIDS	Lopinavir + Ritonavir	100 mg + 25 mg, comprimido
Componente Estratégico / AIDS	Lopinavir + Ritonavir	200 mg + 50 mg, comprimido
Componente Estratégico / AIDS	Lopinavir + Ritonavir	80 mg/ mL + 20 mg/ mL solução oral, frasco
Componente Estratégico / AIDS	Nevirapina	200 mg, comprimido
Componente Estratégico / AIDS	Nevirapina	10 mg/ mL pó para suspensão oral, frasco
Componente Estratégico / AIDS	Raltegravir	400 mg, comprimido
Componente Estratégico / AIDS	Ritonavir	100 mg, cápsula
Componente Estratégico / AIDS	Saquinavir	200 mg, cápsula
Componente Estratégico / AIDS	Tenofovir	300 mg, comprimido
Componente Estratégico / AIDS	Tenofovir + Lamivudinae Efavirenz	300 mg + 300 mg e 600 mg, comprimido
Componente Estratégico / AIDS	Tipranavir	250 mg, cápsula
Componente Estratégico / AIDS	Zidovudina	100 mg, cápsula
Componente Estratégico / AIDS	Zidovudina	10 mg/ mL solução oral, frasco
Componente Estratégico / AIDS	Zidovudina	200 mg/ 20 mL solução injetável, ampola
Componente Estratégico / AIDS	Zidovudina + Lamivudina	300 mg + 150 mg, comprimido
Componente Estratégico / Cólera	Hipoclorito de sódio	2,5% solução - 50 mL, frasco
Componente Estratégico / Doença de Chagas	Benznidazol	100 mg, comprimido

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Programa SES-RJ	Denominação Comum Brasileira	Apresentação Farmacêutica
Componente Estratégico / Filariose	Diethylcarbamazina	50 mg, comprimido
Componente Estratégico / Hanseníase	BlisterMultibaucilar Adulto	3 cápsulas Clofazimina 100 mg + 27 cápsulas Clofazimina 50 mg + 28 comprimidos Dapsona 100 mg + 2 cápsulas Rifampicina 300mg
Componente Estratégico / Hanseníase	BlisterMultibaucilar Infantil	16 cápsulas Clofazimina 50 mg + 28 comprimidos Dapsona 50 mg + 1 cápsula Rifampicina 150 mg + 1 cápsula Rifampicina 300 mg
Componente Estratégico / Hanseníase	BlisterPaucibaucilar Adulto	28 comprimidos Dapsona 100 mg + 2 cápsulas Rifampicina 300 mg
Componente Estratégico / Hanseníase	BlisterPaucibaucilar Infantil	28 comprimidos Dapsona 50 mg + 1 cápsula Rifampicina 150 mg + 1 cápsula Rifampicina 300 mg
Componente Estratégico / Hanseníase	Clofazimina	50 mg, cápsula
Componente Estratégico / Hanseníase	Clofazimina	100 mg, cápsula
Componente Estratégico / Hanseníase	Dapsona	50 mg, comprimido
Componente Estratégico / Hanseníase	Dapsona	100 mg, comprimido
Componente Estratégico / Hanseníase	Ofloxacina	400 mg, comprimido
Componente Estratégico / Hanseníase	Pentoxifilina	400 mg, comprimido
Componente Estratégico / Hanseníase	Prednisona	5 mg, comprimido
Componente Estratégico / Hanseníase	Prednisona	20 mg, comprimido
Componente Estratégico / Lúpus, mieloma múltiplo e doença do enxerto x hospedeiro, Doença de Crohn / AIDS / Hanseníase	Talidomida	100 mg, comprimido
Componente Estratégico / Meningite	Rifampicina	300 mg, cápsula

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Programa SES-RJ	Denominação Comum Brasileira	Apresentação Farmacêutica
Componente Estratégico / Meningite	Rifampicina	2% suspensão oral - 50 mL, frasco
Componente Estratégico / Peste	Sulfametoxazol + Trimetoprima	400 mg + 80 mg, comprimido
Componente Estratégico / Peste	Sulfametoxazol + Trimetoprima	40 mg + 8 mg/ mL suspensão oral, frasco
Componente Estratégico / Peste	Tetraciclina, Cloridrato	250 mg, comprimido
Componente Estratégico / Tracoma	Azitromicina	500 mg, comprimido
Componente Estratégico / Tracoma	Azitromicina	600 mg pó para suspensão oral, frasco
Componente Estratégico / Tuberculose	Estreptomicina, Sulfato	1 g solução injetável, frasco-ampola
Componente Estratégico / Tuberculose	Etambutol	400 mg, comprimido
Componente Estratégico / Tuberculose	Etionamida	250 mg, comprimido
Componente Estratégico / Tuberculose	Isoniazida	100 mg, comprimido
Componente Estratégico / Tuberculose	Isoniazida + Rifampicina	75 mg + 150 mg, cápsula
Componente Estratégico / Tuberculose	Isoniazida + Rifampicina	100 mg + 150 mg, cápsula
Componente Estratégico / Tuberculose	Isoniazida + Rifampicina	200 mg + 300 mg, cápsula
Componente Estratégico / Tuberculose	Pirazinamida	500 mg, comprimido
Componente Estratégico / Tuberculose	Pirazinamida	3% suspensão oral, frasco
Componente Estratégico / Tuberculose	Rifampicina	300 mg, cápsula
Componente Estratégico / Tuberculose	Rifampicina	2% suspensão oral - 50 mL, frasco
Componente Estratégico / Tuberculose	Rifampicina + Pirazinamida + Etambutol + Isoniazida	150 mg + 400 mg + 275 mg + 150 mg, comprimido
Componente Estratégico / Tuberculose (MDR*)	Amicacina, Sulfato	500 mg, solução injetável - 2 mL, ampola

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Programa SES-RJ	Denominação Comum Brasileira	Apresentação Farmacêutica
Componente Estratégico / Tuberculose (MDR*)	Clarithromicina	500 mg, comprimido
Componente Estratégico / Tuberculose (MDR*)	Etambutol	400 mg, comprimido
Componente Estratégico / Tuberculose (MDR*)	Moxifloxacino	400 mg, comprimido
Componente Estratégico / Tuberculose (MDR*)	Piridoxina, Cloridrato (Vitamina B6)	100 mg, comprimido
Componente Estratégico / Tuberculose (MDR*)	Ofloxacino	400 mg, comprimido
Componente Estratégico / Tuberculose (MDR*)	Terizidona	250 mg, cápsula
Componente Estratégico / Tuberculose (MDR*)	Tuberculina PPD	frasco-ampola

**ANEXO 3 – RELAÇÃO ESTADUAL DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE
ESPECIALIZADO FORNECIDOS PELO
POLO ESTADUAL DE MEDICAMENTOS DE VOLTA REDONDA**

Procedimento/Medicamento* (Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx	Qdemáx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
ABATACEPTE 250MG (POR FRASCO/AMPOLA)	18anos	110 ano (s)	5	M050, M053, M058, M060, M068, M080	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ACITRETINA 10 MG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	217	L400, L401, L404, L408, L440, Q800, Q801, Q802, Q803, Q808, Q828	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, Termo de conhecimento de risco (Portaria 344/98)
ADALIMUMABE 40 MG INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M070, M073, M080, M45	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ADALIMUMABE 40 MG INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	18 ano (s)	110 ano (s)	2	K500, K501, K508	Laudo Médico Descritivo	Para dose de ataque são autorizados 7 frascos no 1º mês
ADEFOVIR 10 MG (POR COMPRIMIDO)	13 ano (s)	110 ano (s)	31	B181	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ALFADORNASE 2,5 MG (POR AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	62	E840, E848	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ALFAEPOETINA 10.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	22	B171, B182, N180, N188, Z948	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, Hemograma (30 dias de validade no ato do cadastro)
ALFAEPOETINA 4.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	56	N180, N188, Z948	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, Uréia, Creatinina, Hemograma (30 dias de validade no ato do cadastro)
ALFAINTERFERONA 2B 3.000.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	31	B171, B180, B181, B182, D180	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ALFAINTERFERONA 2B 5.000.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	31	B171, B180, B181, B182, D180	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ALFAINTERFERONA 2B 10.000.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	12	B180, B181, D180	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ALFAPEGINTERFERONA 2A 180MCG (POR SERINGA PREENCHIDA)	0 mês (es)	110 ano (s)	5	B180, B182	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, genotipagem HCV; hemograma completo com contagem de plaquetas (val: 6 meses); PCR quantitativo HCV (val: 1 ano); biópsia hepática.
ALFAPEGINTERFERONA 2B 100MCG (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	5	B180, B182	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ALFAPEGINTERFERONA 2B 120MCG (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	5	B180, B182	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ALFAPEGINTERFERONA 2B 80MCG (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	5	B180, B182	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
AMANTADINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	124	G20	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Procedimento/Medicamento* (Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx)	Qdemáx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
AMBRISENTANA 5MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)	18 anos	110 ano (s)	62	I270, I272, I278	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
AMBRISENTANA 10MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)	18 anos	110 ano (s)	31	I270, I272, I278	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ATORVASTATINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	248	E780, E781, E782, E783, E784, E785, E786, E788	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ATORVASTATINA 20 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	124	E780, E781, E782, E783, E784, E785, E786, E788	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
AZATIOPRINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	248	D610, G35, G700, H300, H301, H302, H308, K500, K501, K508, K510, K511, K512, K513, K514, K515, K518, K754, M321, M328, M330, M331, M332, M340, M341, M348, N040, N041, N042, N043, N044, N045, N046, N047, N048, T861, Z940, Z941, Z942, Z943, Z944, Z945, Z946, Z947, Z948	L100, L200, L208, M301, M313, M351, M352	Laudo Médico Descritivo
BECLOMETASONA 200 MCG PO INALANTE (POR FRASCO DE 100 DOSES)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	J450, J451, J458	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
BECLOMETASONA 400 MCG PO INALANTE (POR FRASCO DE 100 DOSES)	0 mês (es)	110 ano (s)	1	J450, J451, J458	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
BETAINTERFERONA 1A 12.000.000 UI (44 MCG) INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	0 mês (es)	110 ano (s)	14	G35	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (22 MCG) INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	0 mês (es)	110 ano (s)	14	G35	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (30 MCG) INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA)	0 mês (es)	110 ano (s)	5	G35	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
BETAINTERFERONA 1B 9.600.000 UI (300MCG) INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	16	G35	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
BEZAFIBRATO 200 MG (POR DRÁGEA OU COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	93	E780, E781, E782, E783, E784, E785, E786, E788	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
BOSENTANA 62.5MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)	18 anos	110 ano (s)	124	I270, I272, I278	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
BOSENTANA 125MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)	18 anos	110 ano (s)	62	I270, I272, I278	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
BROMOCRIPTINA 2,5 MG (POR COMPRIMIDO OU CAPSULA DE LIBERAÇÃO RETARDADA)	0 mês (es)	110 ano (s)	868	E220, E221, G20	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
BUDESONIDA 200 MCG (POR CAPSULA INALANTE)	0 mês (es)	110 ano (s)	186	J450, J451, J458	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Procedimento/Medicamento* (Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx)	Qdemáx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
CABERGOLINA 0,5 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	310	E220, E221	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
CALCIPOTRIOL 50MCG/G POMADA (POR BISNAGA DE 30G)	0 mês (es)	110 ano (s)	15	L40, L401, L404, L408	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
CALCITONINA 200 UI SPRAY NASAL (POR FRASCO)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	M800, M801, M802, M803, M804, M805, M808, M810, M811, M812, M813, M814, M815, M816, M818, M820, M821, M828, M880, M888	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
CALCITRIOL 0,25 MCG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	372	E200, E201, E208, E550, E559, E643, E833, E892, M805, M815, M830, M831, M832, M833, M838, N180, N188, N250, N258	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
CALCITRIOL 1,0 MGC INJETAVEL (POR AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	30	N180, N188, N250, N258	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, PTH, fósforo sérico, cálcio sérico, cálcio iônico
CERTOLIZUMABE PEGOL 200MG/ML (SERINGA PREENCHIDA)	18anos	110 ano (s)	3	M050, M053, M058, M060, M06.8	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
CICLOSPORINA 100 MG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	372	D600, D610, D611, D612, D613, D618, G700, H300, H301, H302, H308, K500, K501, K508, K510, K511, K512, K513, K514, K515, K518, L400, L401, L404, L408, M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M070, M073, M080, M321, M328, M330, M331, M332, N040, N041, N042, N043, N044, N045, N046, N047, N048, T861, Z940, Z941, Z942, Z943, Z944, Z945, Z946, Z947, Z948; D693, L200, L208	D693, L200, L208	Laudo Médico Descritivo
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOLUCAO ORAL (POR FRASCO DE 50 ML)	0 mês (es)	110 ano (s)	8	D600, D610, D611, D612, D613, D618, G700, H300, H301, H302, H308, K500, K501, K508, K510, K511, K512, K513, K514, K515, K518, L400, L401, L404, L408, M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M070, M073, M080, M321, M328, M330, M331, M332, N040, N041, N042, N043, N044, N045, N046, N047, N048, T861, Z940, Z941, Z942, Z943, Z944, Z945, Z946, Z947, Z948; L200, L208	L200, L208	Laudo Médico Descritivo

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Procedimento/Medicamento*(Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx)	Qdemáx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
CICLOSPORINA 25 MG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	496	D600, D610, D611, D612, D613, D618, G700, H300, H301, H302, H308, K500, K501, K508, K510, K511, K512, K513, K514, K515, K518, L400, L401, L404, L408, M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M070, M073, M080, M321, M328, M330, M331, M332, N040, N041, N042, N043, N044, N045, N046, N047, N048, T861, Z940, Z941, Z942, Z943, Z944, Z945, Z946, Z947, Z948	L200	Laudo Médico Descritivo
CICLOSPORINA 50 MG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	744	D600, D610, D611, D612, D613, D618, G700, H300, H301, H302, H308, K500, K501, K508, K510, K511, K512, K513, K514, K515, K518, L400, L401, L404, L408, M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M070, M073, M080, M321, M328, M330, M331, M332, N040, N041, N042, N043, N044, N045, N046, N047, N048, T861, Z940, Z941, Z942, Z943, Z944, Z945, Z946, Z947, Z948; L200, L208	L200, L208	Laudo Médico Descritivo
CIPROTERONA 50 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	21	E228, E250, E280, E282, L680	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
CLOPIDOGREL 75 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	31	I200, I201	Laudo Médico Descritivo	Laudo do ECG; Laudo descritivo da anamnese dos sinais e sintomas pertinentes à doença incluindo descrição da dor típica, sintomas atípicos e fatores de risco.
				I210, I211, I212, I213, I214, I21.9, I220, I221, I228, I229, I230, I231, I232, I233, I234, I235, I236, I238		Laudo do ECG Enzimas Troponina ou CK-MB Laudo descritivo da anamnese dos sinais e sintomas pertinentes à doença conforme PCDT, incluindo descrição da dor típica, sintomas atípicos e fatores de risco: Laudo de alta
				I240, I248, I249		Laudo do ECG; Laudo descritivo da anamnese dos sinais e sintomas pertinentes à doença incluindo descrição da dor típica, sintomas atípicos e fatores de risco.

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Procedimento/Medicamento* (Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx	Qdemáx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
CLOZAPINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	248	F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
DANAZOL 100 MG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	248	D841, N800, N801, N802, N803, N804, N805, N808	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
DEFERASIROX 125 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	744	T454	Laudo Médico Descritivo	Ferritina
DEFERASIROX 250 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	372	T454	Laudo Médico Descritivo	
DEFERASIROX 500 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	186	T454	Laudo Médico Descritivo	
DEFERIPRONA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	465	T454	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
DESFERROXAMINA 500 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	310	N250, T454	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, concentração de alumínio (não estimulada)
DESMOPRESSINA 0,1 MG/ML APLICACAO NASAL (POR FRASCO DE 2,5 ML)	0 mês (es)	110 ano (s)	5	E232	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
DONEPEZILA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	40 ano (s)	110 ano (s)	31	G300, G301, G308	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, MEEM; escala CDR; TC ou RM; VDRL, TSH, Vit B12, Hemograma, Sódio, Potássio, Glicose, Uréia e Creatinina
DONEPEZILA 5 MG (POR COMPRIMIDO)	40 ano (s)	110 ano (s)	62	G300, G301, G308	Laudo Médico Descritivo	
ENTACAPONA 200 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	310	G20	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ENTECAVIR 0,5 MG (POR COMPRIMIDO)	13 ano (s)	110 ano (s)	62	B181	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ETANERCEPTE 25 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	9	M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M070, M073, M080, M45	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ETANERCEPTE 50 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	5	M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M070, M073, M080, M45	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Procedimento/Medicamento* (Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx)	Qdemáx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
EVEROLIMO 0,75 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	124	T861, Z940	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
EVEROLIMO 0,5 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	186	T861, Z940	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
EVEROLIMO 1 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	93	T861, Z940	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
FILGRASTIM 300 MCG INJETAVEL (POR FRASCO)	0 mês (es)	110 ano (s)	64	B171, B182, B200, B201, B202, B203, B204, B205, B206, B207, B208, B209, B220, B221, B222, B227, B230, B231, B232, B238, B24, D460, D461, D467, D610, D611, D612, D613, D618, D70, Z948	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, Hemograma (30 dias de validade no ato do cadastro)
FINGOLIMODE 0,5MG (POR CAPSULA)	18 anos	110 ano (s)	31	G35	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
FLUDROCORTISONA 0,1 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	124	E250, E271, E274	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
FORMOTEROL 12 MCG (POR CAPSULA INALANTE)	0 mês (es)	110 ano (s)	62	J450, J451, J458	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
FORMOTEROL 12 MCG + BUDESONIDA 400 MCG (POR CAPSULA INALANTE)	0 mês (es)	110 ano (s)	62	J450, J451, J458	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
FORMOTEROL 6 MCG + BUDESONIDA 200 MCG PO INALANTE (POR FRASCO DE 60 DOSES)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	J450, J451, J458	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
GABAPENTINA 300 MG (POR CAPSULA)	3 ano (s)	110 ano (s)	372	G400, G401, G402, G403, G404, G405, G406, G407, G408	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
GABAPENTINA 400 MG (POR CAPSULA)	3 ano (s)	110 ano (s)	279	G400, G401, G402, G403, G404, G405, G406, G407, G408	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
GALANTAMINA 16 MG (POR CAPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)	40 ano (s)	110 ano (s)	31	G300, G301, G308	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, MEEM; escala CDR; TC ou RM; VDRL, TSH, Vit B12, Hemograma, Sódio, Potássio, Glicose, Uréia e Creatinina
GALANTAMINA 24 MG (POR CAPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)	40 ano (s)	110 ano (s)	31	G300, G301, G308	Laudo Médico Descritivo	
GALANTAMINA 8 MG (POR CAPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)	40 ano (s)	110 ano (s)	93	G300, G301, G308	Laudo Médico Descritivo	
GLATIRAMER 20 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA OU SERINGA)	0 mês (es)	110 ano (s)	31	G35	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
GOLIMUMABE 50MG (POR SERINGA PREENCHIDA)	18 anos	110 ano (s)	1	M050, M053, M058, M060, M068	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
GOSSERRELINA 3,60 MG INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	D250, D251, D252, E228, N800, N801, N802, N803, N804, N805, N808	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Procedimento/Medicamento*(Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx)	Qdemáx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
GOSSERRELINA 10,8 MG INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	0 mês (es)	110 ano (s)	1*	D250, D251, D252, E228, N800, N801, N802, N803, N804, N805, N808	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo,*1 seriga a cada 3 meses
HIDROXICLOROQUINA 400 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	93	M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M080, M330, M331	L930, L931, L985, M321, M328, M340, M350	Laudo Médico Descritivo
HIDROXIUREIA 500 MG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	217	D561,D568,D570,D571,D572	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo,Eletroforese de hemoglobina de qualquer data e data do diagnóstico; Hemograma (Val 90 dias); Reticulócitos (Val 90 dias); Contagem de plaquetas (Val 90 dias); Hemoglobina fetal (Val 90 dias); TGP e TGO (Val 90 dias); Creatinina (Val 90 dias); Ácido úrico (Val 90 dias); HBsAg (Val anual ou semestral no caso de politransfusão); Anti-HIV (Val: anual); Anti-HCV (Val: anual); Beta-HCG até 15 dias antes da autorização (em qualquer idade, pós-menarca, informar sobre a contracepção).
IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 100 UI INJETAVEL (POR AMPOLA OU FRASCO)	0 mês (es)	110 ano (s)	8	B160, B162, B180, B181	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 600 UI INJETAVEL (POR FRASCO)	0 mês (es)	110 ano (s)	1	B160, B162, B180, B181	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
IMUNOGLOBULINA HUMANA 5,0 G INJETAVEL (POR FRASCO)	0 mês (es)	110 ano (s)	60	B200, B201, B202, B203, B204, B205, B206, B207, B208, B209, B220, B221, B222, B227, B230, B231, B232, B238, B24, D590, D591, D600, D693, D800, D801, D803, D805, D806, D807, D808, D810, D811, D812, D813, D814, D815, D816, D817, D818, D820, D821, D830, D832, D838, G610, G700, M330, M331, M332	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
INFLIXIMABE 10 MG/ML INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA COM 10 ML)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M080	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, Para dose de ataque são autorizados 2 doses de 3mg/Kg no 1º mês
INFLIXIMABE 10 MG/ML INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA COM 10 ML)	0 mês (es)	110 ano (s)	3	M070, M073, M45, K500, K501, K508	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, Para dose de ataque são autorizados 2 doses de 5mg/Kg no 1º mês

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Procedimento/Medicamento* (Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx)	Qdemáx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
ISOTRETINOINA 10 MG (POR CAPSULA)	15 anos	110 ano (s)	620	L700, L701, L708	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, Termo de conhecimento de risco (Portaria 344/98)
LAMIVUDINA 10 MG/ML SOLUCAO ORAL (FRASCO DE 240 ML)	0 mês (es)	110 ano (s)	4	B160, B162, B180, B181	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
LAMIVUDINA 150 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	62	B160, B162, B180, B181	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
LAMOTRIGINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	2 anos	110 ano (s)	155	G400, G401, G402, G403, G404, G405, G406, G407, G408	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
LEFLUNOMIDA 20 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	31	M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M070, M073, M080	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
LEUPRORRELINA 3,75 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	D250, D251, D252, E228, N800, N801, N802, N803, N804, N805, N808	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
MESALAZINA 250 MG (POR SUPOSITORIO)	0 mês (es)	110 ano (s)	496	K500, K501, K508, K510, K511, K512, K513, K514, K515, K518	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
MESALAZINA 3 G + DILUENTE 100 ML (ENEMA) - POR DOSE	0 mês (es)	110 ano (s)	31	K500, K501, K508, K510, K511, K512, K513, K514, K515, K518	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
MESALAZINA 400 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	310	K500, K501, K508, K510, K511, K512, K513, K514, K515, K518	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
MESALAZINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	248	K500, K501, K508, K510, K511, K512, K513, K514, K515, K518	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
MESALAZINA 1000 MG (POR SUPOSITORIO)	0 mês (es)	110 ano (s)	124	K500, K501, K508, K510, K511, K512, K513, K514, K515, K518	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
METOTREXATO 2,5 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	50	L400, L401, L404, L408, M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M070, M073, M080, M330, M331, M332, M340, M341, M348, M45	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
METOTREXATO 25 MG/ML INJETAVEL (POR AMPOLA DE 2 ML)	0 mês (es)	110 ano (s)	5	K500, K501, K508, M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M070, M073, M080, M330, M331, M332	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
MICOFENOLATO DE SODIO 180 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	248	T861, Z940, Z941, Z944	Z942, Z943, Z945, Z946, Z947, Z948	Laudo Médico Descritivo

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Procedimento/Medicamento* (Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx)	Qdemáx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
MICOFENOLATO DE SODIO 360 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	124	T861, Z940, Z941, Z944	M320, M321, Z942, Z943, Z945, Z946, Z947, Z948	Laudo Médico Descritivo
MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	186	T861, Z940, Z941, Z944	G700, M032, M320, M321, M328, N031, Z942, Z943, Z945, Z946, Z947, Z948, N040, N041, N047, N081, N085	Laudo Médico Descritivo
NATALIZUMABE 300MG (POR FRASCO AMPOLA)	18 anos	110 ano (s)	1	G35	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, RM; hemograma.
OCTREOTIDA LAR 20 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	4	E220	Laudo Médico Descritivo	fornecido apenas por centros de referência
OCTREOTIDA LAR 30 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	E220	Laudo Médico Descritivo	fornecido apenas por centros de referência
OLANZAPINA 5 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	93	F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
OLANZAPINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	31	F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208	60 comp. (para pacientes antigos que já faziam uso da dose de 20mg/dia)	Laudo Médico Descritivo
PENICILAMINA 250 MG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	186	E830, M340, M341, M348	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
PRAMIPEXOL 0,125 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	1116	G20	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
PRAMIPEXOL 0,25 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	558	G20	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
PRAMIPEXOL 1 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	124	G20	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
PRAVASTATINA 20MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	62	E780, E781, E782, E783, E784, E785, E786, E788	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
QUETIAPINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	248	F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
QUETIAPINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	992	F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
QUETIAPINA 200 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	124	F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
RALOXIFENO 60 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	31	M800, M801, M802, M803, M804, M805, M808, M810, M811, M812, M813, M814, M815, M816, M818, M820, M821, M828	Laudo Médico Descritivo	Densitometria Óssea (DO)

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Procedimento/Medicamento* (Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx	Qdemáx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
RIBAVIRINA 250 MG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	155	B182	A quantidade pode ser maior pois a dose é peso dependente.	Ver exames de INF peguilado
RILUZOL 50 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	62	G122	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
RISPERIDONA 1 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	186	F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208	até 300 comp.	Laudo Médico Descritivo
RISPERIDONA 2 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	93	F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208	até 150 comp.	Laudo Médico Descritivo
RIVASTIGMINA 1,5 MG (POR CAPSULA)	40 ano (s)	110 ano (s)	248	G300, G301, G308	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, MEEM; escala CDR; TC ou RM; VDRL, TSH, Vit B12, Hemograma, Sódio, Potássio, Glicose, Uréia e Creatinina
RIVASTIGMINA 2,0 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (POR FRASCO DE 120 ML)	40 ano (s)	110 ano (s)	2	G300, G301, G308	Laudo Médico Descritivo	
RIVASTIGMINA 3 MG (POR CAPSULA)	40 ano (s)	110 ano (s)	124	G300, G301, G308	Laudo Médico Descritivo	
RIVASTIGMINA 4,5 MG (POR CAPSULA)	40 ano (s)	110 ano (s)	62	G300, G301, G308	Laudo Médico Descritivo	
RIVASTIGMINA 6 MG (POR CAPSULA)	40 ano (s)	110 ano (s)	62	G300, G301, G308	Laudo Médico Descritivo	
RITUXIMABE 500MG (POR FRASCO DE 50ML)	18 anos	110 ano (s)	2	M050.M053, M058, M060, M068	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO 100 MG INJETAVEL (POR FRASCO DE 5 ML)	0 mês (es)	110 ano (s)	13	D500, D508, N180, N188	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
SALBUTAMOL 100 MCG AEROSSOL (POR FRASCO DE 200 DOSES)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	J450, J451, J458	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
SALMETEROL 50 MG PO INALANTE OU AEROSSOL BUCAL (POR FRASCO DE 60 DOSES)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	J450, J451, J458	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
SELEGILINA 5 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	62	G20	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
SEVELAMER 800 MG (POR COMPRIMIDO)	18 ano (s)	110 ano (s)	279	E833, N180	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, 3 dosagens consecutivas de fósforo sendo a última com 30 dias de validade no ato do cadastro

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Procedimento/Medicamento* (Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx)	Qdemáx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
SILDENAFILA 20 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	93	I270, I272	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, cateterismo cardíaco direto, teste agudo de reatividade vascular, teste ergométrico cateterismo cardíaco direto,
SIROLIMO 1 MG (POR DRAGEA)	0 mês (es)	110 ano (s)	65	T861, Z940	Para os CIDs: Z941, Z942, Z943, Z944, Z945, Z946, Z947, Z948. A quantidade pode ir até 420	Laudo Médico Descritivo
SIROLIMO 1MG/ML SOLUCAO ORAL (POR FRASCO DE 60ML)	0 mês (es)	110 ano (s)	2	T861, Z940	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
SIROLIMO 2 MG (POR DRAGEA)	0 mês (es)	110 ano (s)	32	T861, Z940	Para os CIDs: Z941, Z942, Z943, Z944, Z945, Z946, Z947, Z948. A quantidade pode ir até 210	Laudo Médico Descritivo
SOMATROPINA 12 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	31	E230, Q960, Q961, Q962, Q963, Q964, Q968	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo, Para E230 - Crianças: curva de crescimento com velocidade de crescimento; Raio x com laudo (idade óssea); GH basal; 2 testes de estímulo de GH; T4; TSH; Adultos: glicemia; DO; IGF1; RM; 1 teste de estímulo de GH; perfil lipídico Para demais CID: cariótipo
SOMATROPINA 4 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	93	E230, Q960, Q961, Q962, Q963, Q964, Q968	Laudo Médico Descritivo	
SULFASSALAZINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	372	K500, K501, K508, K510, K511, K512, K513, K514, K515, K518, K522, M023, M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M070, M073, M074, M075, M076, M080, M45, M460, M461, M468, M488	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
TACROLIMO 1 MG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	930	T861, Z940, Z944	Z941, Z942, Z943, Z945, Z946, Z947, Z948	Laudo Médico Descritivo
TACROLIMO 5 MG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	186	T861, Z940, Z944	Z941, Z942, Z943, Z945, Z946, Z947, Z948	Laudo Médico Descritivo

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

Procedimento/Medicamento* (Outros itens são contemplados pela PT 1554/13 mas possuem formas de distribuição diferentes. Consultar a análise técnica)	Idade Mín	Idade Máx)	Qdemáx	CID s - SES/RJ	Autorização Especial SES/RJ	OBS/Exame/Documentos obrigatórios* (Devido a complexidade dos PCDTs alguns exames podem ser exigidos após a análise técnica)
TOCILIZUMABE 20MG/ML INJETAVEL (POR FRASCO AMPOLA DE 4ML)	18 anos	110 ano (s)	10	M05.0, M053, M058, M060, M068, M080	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
TENOFOVIR 300 MG (POR COMPRIMIDO)	13 ano (s)	110 ano (s)	31	B181	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
TOLCAPONA 100 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	186	G20	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
TOPIRAMATO 100 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	124	G400, G401, G402, G403, G404, G405, G406, G407, G408	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
TOPIRAMATO 25 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	496	G400, G401, G402, G403, G404, G405, G406, G407, G408	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
TOPIRAMATO 50 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	248	G400, G401, G402, G403, G404, G405, G406, G407, G408	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
TOXINA BOTULINICA TIPO A 100 U INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	8	G041, G240, G241, G242, G243, G244, G245, G248, G518, G800, G801, G802, G811, G821, G824, I690, I691, I692, I693, I694, I698, T905, T908	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
TOXINA BOTULINICA TIPO A 500 U INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)	0 mês (es)	110 ano (s)	5	G041, G240, G241, G242, G243, G244, G245, G248, G518, G800, G801, G802, G811, G821, G824, I690, I691, I692, I693, I694, I698, T905, T908	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
VIGABATRINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)	0 mês (es)	110 ano (s)	186	G400, G401, G402, G403, G404, G405, G406, G407, G408	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ZIPRASIDONA 40 MG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	124	F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo
ZIPRASIDONA 80 MG (POR CAPSULA)	0 mês (es)	110 ano (s)	62	F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208	Laudo Médico Descritivo	Laudo Médico Descritivo

LEGISLAÇÃO

1. Lei Federal nº 3.820, de 11 de novembro de 1960 - Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia, e dá outras Providências. Art. 24 - As empresas e estabelecimentos que exploram serviços para os quais são necessárias Atividades de profissional farmacêutico deverão provar, perante os Conselhos Federal e Regionais, que essas atividades são exercidas por profissionais habilitados e registrados. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3820.htm>
2. Lei Federal nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973 - Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Art. 15 - A farmácia e a drogaria terão, obrigatoriamente, a assistência de técnico responsável, inscrito no Conselho Regional de Farmácia, na forma da lei. § 1 - A presença do técnico responsável será obrigatória durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento. § 2 - Os estabelecimentos de que trata este artigo poderão manter técnico responsável substituto, para os casos de impedimento ou ausência do titular. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5991.htm>
3. Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 - Regulamenta o Art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm>
4. Lei Federal nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999 - Lei dos Medicamentos genéricos prescrição DCB: "As Prescrições médicas e odontológicas de medicamentos, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS, adotarão obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a denominação Comum Internacional (DCI)". Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9787.htm>
5. Lei Federal nº 12.401/11 - Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm>
6. Portaria SVS/MS nº 1052, de 29 de dezembro de 1998 - Aprova a relação de documentos necessários para habilitar a empresa a exercer a atividade de transporte de produtos farmacêuticos e farmoquímicos, sujeitos a Vigilância Sanitária. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt1052_29_12_1998.html>
7. Portaria GM/MS nº 1.179, de 17 de junho de 1996 - Aprova as Denominações Comuns Brasileiras DCB, na conformidade do anexo desta Portaria. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998 - Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: <http://www.lex.com.br/doc_363061_PORTARIA_N_1179_DE_17_DE_JUNHO_DE_1996.aspx>

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do SUS de Volta Redonda

8. Portaria GM/MS nº 1.554, 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). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html>
9. Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013 - Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ODAF/Portaria15552013CBAF.pdf>>
10. Portaria GM/MS nº 1.818, de 02 de dezembro de 1997 - Recomenda que nas compras e licitações públicas de produtos farmacêuticos realizadas nos níveis federal estadual e municipal pelos serviços governamentais, conveniadas e contratados pelo SUS, sejam incluídas exigências sobre requisitos de qualidade a serem cumpridas pelos fabricantes e fornecedores desses produtos.
11. Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 - Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.htm>
12. Portaria SMS/PMVR nº 40/2014, de 13 de outubro de 2014 - Dispõe sobre o acesso à assistência farmacêutica no âmbito municipal. Disponível em: <<http://www.portalvr.com/vrdestaque/2014/novembro/1216.pdf>>
13. Portaria SMS/PMVR nº 41/2014, de 13 de outubro de 2014 - Dispõe sobre a inclusão de medicamentos na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Volta Redonda. Disponível em: <<http://www.portalvr.com/vrdestaque/2014/novembro/1216.pdf>>
14. Resolução – RDC ANVISA nº 87, de 28 de junho de 2016 - Publica a atualização das listas de substâncias Sujeitas a controle especial (Anexo I) em acordo com o artigo 101 do regulamento Técnico aprovado pela Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, republicado no DOU de 29 de junho de 2016. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33864/340935/RDC%2Bn%C2%BA%2B87%2Bde%2B28_06_2016/9b5c7218-e239-4f70-863f-0c8bfffef8b91>
15. Resolução – RDC ANVISA nº 329, de 22 de julho de 1999 - Institui o Roteiro de Inspeção para transportadoras de medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/1999/res0329_22_07_1999.html>
16. Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004 - Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>