



**PREFEITURA DE PARANAGUÁ**

Secretaria Municipal da Saúde  
Central de Abastecimento Farmacêutico

# Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

# REMUME

2022

Av. Gabriel de Lara, 977 – CEP: 83203-550 - Paranaguá-PR Fone/fax: (41) 3420-2818  
E-mail: [cafsemsa@hotmail.com](mailto:cafsemsa@hotmail.com)



# **PREFEITURA DE PARANAGUÁ**

Secretaria Municipal da Saúde  
Central de Abastecimento Farmacêutico

## **COORDENAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL**

### **SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE:**

Sra. LÍGIA REGINA DE CAMPOS CORDEIRO

### **CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO:**

RAFAELA SCREMIN ZACARIAS – DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE  
MEDICAMENTOS

JUSSARA PATRÍCIA DE SOUZA – FARMACÊUTICA RESPONSÁVEL TÉCNICA

RAFAELLA FRANÇA ANDRETTA MARANHÃO – FARMACÊUTICA ASSISTENTE

GABRIELA FREIRE DE OLIVEIRA – AUXILIAR DE FARMÁCIA

LUCIANA DA LUZ BALDUINO – AUXILIAR DE FARMÁCIA

EZEQUIEL DOS SANTOS ARAÚJO – AUXILIAR DE FARMÁCIA

LUIZ GERVAZI PLANTE – FISCAL DE ESTOQUE

### **FARMACÊUTICOS DAS UNIDADES DE FARMÁCIAS MUNICIPAIS**

CARLOS ROBERTO CÂNDIA

FERNANDA SCOMAÇÃO DE CARVALHO

FERNANDO COSTA

JACQUELINE BLAKENBURG

PATRICIA MUZETTI VIANNA SCACALOSSO

PRISCILA DO NASCIMENTO SILVA

RENATA AMATUZZI FRANCO FIQUEIREDO

THAIS DE OLIVEIRA SOARES

### **FARMACÊUTICA DA UDM – UNIDADE DISPENSADORA DE MEDICAMENTOS**

ROBERTA PAIVA VIEITES DE BARROS



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde  
Central de Abastecimento Farmacêutico

## APRESENTAÇÃO

A Assistência Farmacêutica, como política pública, teve início em 1971 com a Central de Medicamentos – CEME, com o intuito de proporcionar o acesso à população de baixa renda aos medicamentos e regular a produção e distribuição estatais. Sendo a missão da CEME o fornecimento de medicamentos à população que não tinha condições de comprar, caracterizando uma política centralizada de aquisição e distribuição de medicamentos. Com a Constituição Federal de 1988, alguns princípios foram introduzidos, sendo um deles a Saúde como direito social, e o seu cuidador a União, estados, Distrito Federal e municípios. Já a Constituição Federal, estabelecida pela Lei Orgânica específica da Saúde (Lei nº 8080/90), determina como campo de atuação do SUS, a política de medicamentos e execução de ações de assistência, incluindo a farmacêutica. Desde de 2007, após o fechamento da CEME essas atribuições de assistência farmacêutica foram redirecionadas a órgãos e setores do Ministério da Saúde.

A Assistência Farmacêutica é representada hoje um dos setores de maior impacto financeiro no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e a tendência de demanda por medicamentos é crescente. A Assistência Farmacêutica tem como objetivo garantir o acesso da população aos medicamentos e promover o seu uso racional.

Para tanto, uma estratégia fundamental é a adoção da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1977. A REMUME é um documento que apresentam os medicamentos ofertados pelo Município, tendo como objetivo sua ampla difusão entre os profissionais de saúde diminuindo prescrições de medicamentos não padronizados, o que possibilita o acesso do usuário aos medicamentos essenciais de forma plena e humanizada, com melhoria na qualidade de vida do usuário.

A seleção desses medicamentos baseia-se nas prioridades de saúde do Município, em critérios epidemiológicos, bem como na segurança, na eficácia terapêutica comprovada, na qualidade, na disponibilidade dos produtos e tem



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde  
Central de Abastecimento Farmacêutico

como base os medicamentos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Sua adoção apresenta muitas vantagens para a saúde pública, além de disciplinar a prescrição, garante maior eficiência no gerenciamento dos serviços farmacêuticos e racionalização dos custos.

São seus objetivos:

- ♣ Relacionar todos os medicamentos oferecidos à população no âmbito do SUS do município de Paranaguá, direta ou indiretamente;
- ♣ Apoiar os prescritores e demais profissionais de saúde quanto ao acesso aos medicamentos para os usuários e profissionais de saúde;
- ♣ Simplificar as ações da cadeia logística de abastecimento (programação, aquisição, armazenamento e distribuição);
- ♣ Garantir a eficiência no tratamento dos pacientes;
- ♣ Estimular a eficiência do gasto público, com o emprego otimizado dos recursos disponíveis;
- ♣ Promover o uso racional de medicamentos para obtenção dos melhores resultados em saúde para o usuário, sua família e comunidade.



# **PREFEITURA DE PARANAGUÁ**

Secretaria Municipal da Saúde  
Central de Abastecimento Farmacêutico

## **CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS**

- ♣ Registro na ANVISA;
- ♣ Efetividade e eficiência;
- ♣ Menor toxicidade e maior segurança;
- ♣ Preferência às formas farmacêuticas com comodidade posológica, favorecendo a adesão ao tratamento;
- ♣ Estabilidade e facilidade de armazenamento;
- ♣ Considerar custo total do tratamento;
- ♣ Considerar serviços de especialidades e profissionais do município;
- ♣ Buscar o atendimento às medicações não contempladas nas listas oficiais do SUS através dos pedidos fundamentados dos profissionais de saúde, respeitando-se o orçamento permitido atender os pedidos dos entes públicos.



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde  
Central de Abastecimento Farmacêutico

## DEFINIÇÕES

### **Relação Nacional de Medicamentos – RENAME:**

A RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

### **Relação Municipal de Medicamentos – REMUME:**

Seleção dos medicamentos que serão ofertados pelos municípios e Distrito Federal a partir da RENAME considerando o perfil epidemiológico, a organização dos serviços e a complexidade do atendimento oferecido.

### **Relação Complementar de Medicamentos:**

A relação municipal de medicamentos complementares compreende a seleção e padronização de medicamentos que complementam a REMUME de modo a ampliar o acesso do usuário no âmbito do SUS para o tratamento de patologias ou de agravos, de acordo com a especificidade do serviço ou em obediência a protocolos determinados pela Comissão de Farmácia e Terapêutica do Município de Paranaguá.

### **Medicamentos Essenciais:**

Medicamentos essenciais são aqueles definidos pelo SUS para garantir o acesso do usuário ao tratamento medicamentoso.

### **Componente Básico da Assistência Farmacêutica:**

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e programa de saúde específicos, no âmbito de atenção básica. Com financiamento tripartite e sob responsabilidade gerencial das Secretarias Municipais de Saúde, está regulamentado pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Capítulos I, II e III, Título III; Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, Capítulo I, Título V e Portaria GM/MS nº 3.193, de 9 de



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde  
Central de Abastecimento Farmacêutico

dezembro de 2019, que altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017 GM/MS, no que versa sobre o financiamento desse componente

## **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica:**

Os medicamentos são financiados e adquiridos pelo Ministério da Saúde, distribuídos pela SESA e dispensados aos pacientes. O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento para custeio de ações de assistência farmacêutica nos seguintes programas de saúde estratégicos:

1. Controle de endemias, tais como a Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
2. Antirretrovirais do programa DST/AIDS;
3. Sangue e Hemoderivados;
4. Imunobiológicos; São medicamentos destinados a patologias de controle específico do ministério da Saúde, para atingirem as metas de controle e eliminação exigidos pela Organização Mundial de Saúde, ou por serem medicamentos cuja aquisição depende de processos de licitação internacional.

## **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica:**

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é outra estratégia para a garantia do acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da integralidade do tratamento medicamentoso, são medicamentos relacionados às linhas de cuidado das patologias contempladas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), elaborados e publicados pelo Ministério da Saúde, com responsabilidades sobre o financiamento compartilhadas entre as Três instâncias gestoras do SUS, de acordo com o nível de complexidade do tratamento/medicamento. A Portaria GM/MS Nº 2981/2009 determina que o acesso a esses medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas no âmbito



# **PREFEITURA DE PARANAGUÁ**

**Secretaria Municipal da Saúde**  
**Central de Abastecimento Farmacêutico**

deste componente será garantido mediante a pactuação entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Este componente está regulamentado pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Capítulos I, II, III e IV, Título IV; Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, capítulo II, Título V e Portaria GM/MS nº 13, de 6 de janeiro de 2020 que altera o Título IV do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).






# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde  
Central de Abastecimento Farmacêutico

## TIPOS DE RECEITUÁRIO

1. **Simple** – Utilizado para a prescrição de medicamentos anódinos e de tarja vermelha.

	<b>SECRETARIA DE SAUDE</b> PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ C.N.P.J.: 76.017.458/0001-15 R. JOÃO EUGÊNIO, 959 - COSTEIRA. <b>RECEITUÁRIO CLÍNICO</b>	Data: 24/05/2022 Hora: 17:08:09
<b>Paciente:</b>	<b>Nº do Cartão SUS:</b>	
<b>Data de Nascimento:</b>	<b>Idade:</b>	
<b>Mãe:</b>	<b>Pai:</b>	
1) LIDOCAÍNA GEL 100mg/5g.....2 GEL Uso Tópico usar conforme orientação médica		
Paranaguá - PR24 de Maio de 2022		
<hr/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Médico CRM</div>		



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde  
Central de Abastecimento Farmacêutico

2. **Controle especial** – É usado para a prescrição de medicamentos de tarja vermelha, como por exemplo substâncias sujeitas a controle especial, retinóicas de uso tópico, imunossupressoras, anabolizantes, antidepressivos, etc.

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL									
<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</th></tr></thead><tbody><tr><td>Nome Completo:.....</td></tr><tr><td>CRM..... UF..... Nº.....</td></tr><tr><td>Endereço Completo e Telefone: .....</td></tr><tr><td>Cidade:..... UF:.....</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Nome Completo:.....	CRM..... UF..... Nº.....	Endereço Completo e Telefone: .....	Cidade:..... UF:.....	1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE			
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE									
Nome Completo:.....									
CRM..... UF..... Nº.....									
Endereço Completo e Telefone: .....									
Cidade:..... UF:.....									
Paciente: .....									
Endereço: .....									
Prescrição:.....									
.....									
.....									
.....									
.....									
.....									
<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</th></tr></thead><tbody><tr><td>NOME: .....</td></tr><tr><td>Ident.:..... Órg. Emissor: .....</td></tr><tr><td>End.:.....</td></tr><tr><td>Cidade:..... UF:.....</td></tr><tr><td>Telefone:.....</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	NOME: .....	Ident.:..... Órg. Emissor: .....	End.:.....	Cidade:..... UF:.....	Telefone:.....	<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</th></tr></thead><tbody><tr><td>ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR									
NOME: .....									
Ident.:..... Órg. Emissor: .....									
End.:.....									
Cidade:..... UF:.....									
Telefone:.....									
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR									
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____									



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde  
Central de Abastecimento Farmacêutico

3. **Azul (Receita B)** – Este impresso padronizado na cor azul é utilizado para prescrever medicamentos que contenham substâncias psicotrópicas.

<b>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA</b> UF: _____ NÚMERO: _____ <b>B</b>		<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>		<b>Medicamento ou Substância</b>	
_____ de _____ de _____		Paciente: _____		Quantidade e Forma Farmacêutica	
Assinatura do Emitente _____		Endereço: _____		Dose por Unidade Posológica	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b>		<b>CARIMBO DO FORNECEDOR</b>			
Nome: _____		_____ / / _____			
Endereço: _____		_____			
Telefone: _____		_____			
Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____		_____			
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC		Numeração desta impressão: de _____ a _____			

4. **Amarela (Receita A)** – Este impresso padronizado na cor amarela é usado para a prescrição de entorpecentes e psicotrópicos.

<b>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA</b> UF: _____ NÚMERO: _____ <b>A</b>		<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>		<b>ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA</b>	
Data: _____ de _____ de _____		Paciente: _____		Nome: _____	
Assinatura do Emitente _____		Endereço: _____		Quantidade e Apresentação	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b>		<b>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</b>			
Nome: _____		Nome: _____			
Endereço: _____		Data: _____ / _____ / _____			
Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____		_____			
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC		_____			



# **PREFEITURA DE PARANAGUÁ**

Secretaria Municipal da Saúde  
Central de Abastecimento Farmacêutico

## **ANTIMICROBIANOS**

Com a publicação da Resolução RDC nº 471/2021, os medicamentos contendo substâncias classificadas como antimicrobianos e sujeitos a prescrição médica só poderão a ser dispensados com retenção de receita pela farmácia.

### **Modelo de receita**

A prescrição de medicamentos antimicrobianos deverá ser realizada em receituário do estabelecimento de saúde.

### **Validade da receita**

As receitas têm validade em todo o território nacional, mas só podem ser atendidas em até 10 dias a partir da sua emissão. Portanto, a data de emissão corresponde ao primeiro dia de validade da receita.

### **Quantidades máximas**

Diferentemente dos medicamentos controlados pela Portaria nº 344/1998, para os antimicrobianos não há uma quantidade limite para prescrição e também não há um número máximo de substâncias que podem ser prescritas na mesma receita. Receitas de antimicrobianos podem, inclusive, conter qualquer outra classe de medicamentos, exceto aqueles controlados pela Portaria nº 344/1998.

### **Dispensação**

Sempre que possível o farmacêutico deve dispensar a quantidade exatamente prescrita para o tratamento, podendo para tanto. Nos casos em que não for possível a dispensação da quantidade exata por não haver no mercado apresentação farmacêutica com a quantidade adequada ao tratamento, a preferência deve ser dada à dispensação de quantidade superior mais próxima ao prescrito, para promover o tratamento completo ao paciente. No ato de dispensação, o farmacêutico deve reter a segunda via da receita e



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde  
Central de Abastecimento Farmacêutico

anotar nas duas vias a data, quantidade e número do lote do medicamento dispensado e rubricar.

Em situações de tratamento prolongado, a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90 dias a contar da data de sua emissão. A receita deverá conter a indicação de uso contínuo, com a quantidade a ser utilizada para cada 30 dias de tratamento. No caso de tratamentos relativos aos programas do Ministério da Saúde que exijam períodos diferentes do mencionados na RDC nº 471/2021, a receita/prescrição e a dispensação deverão atender às diretrizes do programa.

Lista	Substâncias	NR, receita e âmbito	Limite por prescrição	Quantidade por receita e validade	Substâncias
A1	Entorpecentes	NRA, amarela, necessário justificativa para aquisição em outro estado.	Inj: 5 ampolas. Demais apresentações: quantidade para 30 dias de tratamento.		BSPO (trimestral e anual) BMPO (trimestral e anual) RMNRA (mensal)
A2	Entorpecentes (concentrações especiais)				
A3	Psicotrópicas				
B1	Psicotrópicas	NRB, azul, estadual.	Inj: 5 ampolas Demais apresentações: quantidade para 60 dias de tratamento.	1 substância 30 dias	BSPO (trimestral e anual) BMPO* (trimestral e anual)
B2	Psicotrópicas Anorexígenas	NRB2, azul, estadual e termo de responsabilidade do prescritor (conforme RDC 50/2014).	Quantidade para até 30 dias de tratamento. No caso da sibutramina, quantidade para até 60 dias de tratamento.		BSPO (trimestral e anual) BMPO (trimestral e anual) RMNRB2 (mensal)
C1	Outras substâncias sujeitas a controle especial	Branca, dupla, nacional.	Inj: 5 ampolas. Demais apresentações: quantidade para 60 dias de tratamento. Exceção: antiparkinsonianos e anticonvulsivantes (quantidade para até 6 meses de tratamento).	3 substâncias 30 dias	BSPO (trimestral e anual) BMPO* (trimestral e anual)
C2	Retinoicas	Especial, estadual e Termo de Consentimento Pós-Infomação	Inj: 5 ampolas. Demais apresentações: quantidade para 30 dias de tratamento.	1 substância 30 dias	
C5	Anabolizantes	Branca, dupla, nacional. Ver também Lei 9965/2000.	Inj: 5 ampolas. Demais apresentações: quantidade para 60 dias de tratamento.	3 substâncias 30 dias	



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde  
Central de Abastecimento Farmacêutico

## ORIENTAÇÕES

- Todas as prescrições devem ser feitas em duas vias, via sistema IDS;
- Só serão dispensados medicamentos que estejam prescritos em receituários do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como prescrito por médicos que atuem no SUS.
- As prescrições devem ser escritas de forma legível e conter:
  - **Nome e endereço do paciente;**
  - **Medicamento (DCB);**
  - **Concentração;**
  - **Forma Farmacêutica;**
  - **Dose;**
  - **Quantidade do medicamento;**
  - **Posologia;**
  - **Via de administração;**
  - **Orientações de uso;**
  - **Data;**
  - **Assinatura e carimbo do prescritor**
  - **Receita do Município (com timbre da prefeitura).**
- Os medicamentos somente serão entregues com a apresentação da receita e documento de identificação: cartão SUS / RG e ou CPF.
- Receitas de antimicrobianos terão validade de 10 dias e as demais receitas 30 dias de validade.
- Medicamentos controlados pela portaria 344/98 (psicotrópicos) somente serão fornecidos para 2 meses de tratamento, exceto antiparkinsonianos e anticonvulsivantes que poderão ser prescritos para até 3 meses de tratamento com indicação médica na receita.
- No caso de medicamentos presentes na Portaria 344/98 e suas atualizações, a quantidade a ser dispensada deverá atender a receita, isto é, se foi prescrito para 02 meses, deverá ser entregue



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde

Central de Abastecimento Farmacêutico

para 02 meses. Exceção nos casos em que o medicamento esteja em falta ou irá vencer antes de finalizar os 02 meses de tratamento.

- Será permitido prescrição de no máximo 03 medicamentos controlados na mesma receita.
- Medicamentos como Dipirona, Ibuprofeno e Paracetamol a quantidade máxima permitida para dispensação é de 30 comprimidos sem justificativa. Casos em que esteja descrito – se necessário - na receita, dispensar 20 comprimidos.
- Medicamentos como Loratadina, Metoclopramida, entre outros, prescrito como – **se necessário** – dispensar apenas 01 cartela/frasco/bisnaga.
- Neomicina pomada dispensar no máximo 05 bisnagas.
- Aparelhos e tiras para medição da glicemia somente serão fornecidos para pacientes insulino dependentes e mediante pedido médico, conforme Protocolo do Estado do Paraná.
- Receitas de medicamentos de uso contínuo (anti-hipertensivos, tratamento de diabetes, inibidores de colesterol, insulinas, entre outros) terão **validade máxima de 06 meses** da data de emissão. Dispensar quantidade suficiente para 30 dias.
- Receitas de medicamentos anticoncepcionais terão **validade máxima de 12 meses** da data de emissão.
- Receitas de medicamentos para doenças respiratórias (asma e rinite) em que estiver descrito contínuo na receita terão **validade máxima de 06 meses** da data de emissão. Dispensar quantidade suficiente para 30 dias.
- Receitas contendo mais de 01 medicamento controlado (Portaria 344/98) onde pelo sistema o paciente já possua um dos medicamentos e não possui o segundo medicamento, dispensar quantidade suficiente para completar os 02 meses de tratamento com o medicamento que o paciente já tem quantidade em casa e dispensar a quantidade suficiente do medicamento que o paciente está retirando pela primeira vez. Orientar que no mês seguinte de



## **PREFEITURA DE PARANAGUÁ**

Secretaria Municipal da Saúde  
Central de Abastecimento Farmacêutico

retirada, os medicamentos deverão acabar juntos. Ex. no dia 01 de junho o paciente tinha medicamento X suficientes para 20 dias de tratamento e medicamentos Y para 00 dias. Chega na farmácia com receita para 60 dias contendo os 02 medicamentos. Dispensar: medicamento X para 40 dias e medicamento Y para 60 dias. Assim, irá equivaler os 02 medicamentos presentes na receita.

- Prazo para retirada do medicamento antes da data presente no sistema será de no máximo 05 dias.





# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde  
Central de Abastecimento Farmacêutico

<b>ESTRUTURA DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS</b>
<b>USO ORAL</b> <b>Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + posologia + via de administração + orientações de uso</b> Exemplo: Paracetamol, 500mg, comprimido. Administrar 1 comprimido de 6/6h por via oral, em caso de dor.
<b>USO TÓPICO</b> <b>Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via de administração + posologia + orientações de uso</b> Exemplo: Permanganato de potássio 1:60.000 solução. Aplicar compressas em membro inferior direito 3 vezes/dia, após o banho.
<b>USO ENDOVENOSO</b> <b>Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + velocidade de infusão + posologia + orientações de administração e uso</b> Exemplo: Cefazolina, 1g, frasco-ampola. Reconstituir 2g em 5ml de água destilada e rediluir para 50 ml de soro fisiológico. Uso endovenoso, infundir em 1 hora, de 12/12 horas.
<b>USO INTRAMUSCULAR</b> <b>Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso</b> Exemplo: <u>Sem diluição:</u> Ocitocina, 5UI/ml, solução injetável. Administrar 10 UI, via intramuscular profunda (vasto lateral da coxa), dose única. No pós parto imediato. <u>Com diluição:</u> ceftriaxona 1g, frasco-ampola. Diluir 1g em 3,5 mL de lidocaína 1%. Fazer a solução obtida, via intramuscular profunda (região glútea) de 12/12h
<b>USO SUBCUTÂNEO</b> <b>Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso</b> Exemplo: Subcutâneo sem diluição: heparina sódica 5.000 unidades internacionais/0,25mL, ampola. Fazer 0,25mL subcutânea de 12/12h.
<b>USO INALATÓRIO</b> <b>Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via + dose (medicamento e diluente) + posologia + orientação de uso.</b> Exemplo: bromidrato de fenoterol 5mg/mL, solução para inalação. Fazer aerosol com 5 gotas diluídas em 3 mL de solução fisiológica 0,9% de 6/6h. Nebulizar e inalar até esgotar toda a solução.
<b>USO INTRATECAL</b> <b>Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso</b> Uso Intratecal com diluição: citarabina 100mg, frasco-ampola. Diluir 100mg em 5mL de solução fisiológica 0,9%. Infundir 1,5mL intratecal, 1x/dia. Diluir imediatamente antes do uso. Não reaproveitar o restante da solução para uso intratecal.



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde

Central de Abastecimento Farmacêutico

## PRESCRIÇÃO POR PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

PROFISSIONAL	MEDICAMENTO QUE ESTÁ PADRONIZADO PRESCREVER	LOCAIS PARA DISPENSAÇÃO
<b>MÉDICO</b>	Qualquer tipo de medicamento, mesmo que não seja de sua especialidade.	Em todas as Farmácias de dispensa
<b>CIRURGIÃO-DENTISTA</b>	Medicamentos de uso interno e externo desde que indicados em odontologia, incluindo controlados e antimicrobianos; Medicamentos de urgência em caso de acidentes graves que comprometam a vida e a saúde do paciente.	Em todas as Farmácias de dispensa
<b>ENFERMEIRO</b>	Medicamentos previstos no Protocolo do Ministério da Saúde e Protocolos do Município de Paranaguá: Protocolo de Pré Natal para gestantes: Ácido fólico 5mg comprimido em acompanhamento de gestante do pré-natal; Sulfato ferroso 40mg comprimido em acompanhamento de gestante no pré-natal; Benzilpenicilina 1.200.000UI para tratamento de gestantes e parceiros com sífilis; Cloreto de Sódio 0,9%, com finalidade para curativos, desde que tenha volume do frasco (100mL, 250mL, 500mL e 1L), quantidade necessária para 30 dias e posologia na prescrição; se possuir "uso contínuo" terá validade por 90 dias, a serem dispensados a cada 30 dias.	Em todas as farmácias de dispensa, exceto e o Cloreto de Sódio 0,9%, que deve ser retirado na Farmácia Seu Juquinha e IVO Petry.
<b>FARMACÊUTICO</b>	Prescrever medicamentos de acordo com protocolos aprovados para uso no âmbito de instituições de saúde ou quando da formalização de acordos de colaboração com outros prescritores ou instituições de saúde, desde que atendidas as normativas vigentes.	Não contempla.
<b>NUTRICIONISTA</b>	Apenas produtos isentos de prescrição e indicados em nutrição como: Suplementos nutricionais, desde que respeitados os valores definidos como Ingestão Diária Recomendada; Fitoterápicos nas diversas formas farmacêuticas (especialistas em fitoterapia).	Setor de Suplemento.
<b>MÉDICOS VETERINÁRIOS</b>	Medicamentos, antimicrobianos e medicamentos de uso humano controlados pela Portaria SVS/MS n° 344/98, desde que para uso veterinário (animais).	Não contempla.



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde

Central de Abastecimento Farmacêutico

## MEDICAMENTOS BÁSICOS PADRONIZADOS PELA SEMSA

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO	CLASSE
ACICLOVIR	50MG/G CREME	ANTIVIRAL
ACICLOVIR	200MG COMPRIMIDO	ANTIVIRAL
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	100MG COMPRIMIDO	INIBIDOR DE AGREGAÇÃO PLAQUETÁRIA
ÁCIDO FÓLICO	5MG COMPRIMIDO	VITAMINA
ACIDO FOLÍNICO	15MG COMPRIMIDO	INIBIDOR DE DEPRESSÃO DE MEDULA ÓSSEA - TOXOPLASMOSE
ÁCIDOS GRAXOS+VIT.	LOÇÃO OLEOSA	REGENERANTE
ÁCIDO VALPRÓICO	250MG CÁPSULA	ANTICONVULSIONANTE
ÁCIDO VALPRÓICO	50MG/ML XAROPE	ANTICONVULSIONANTE
ALBENDAZOL	40MG/ML SUSP. ORAL	ANTI-HELMÍNTICO
ALBENDAZOL	400MG COMPRIMIDO	ANTI-HELMÍNTICO
ALENDRONATO DE SÓDIO	70MG COMPRIMIDO	OSTEOSPOROSE
AMBROXOL/CLORIDRATO	3 MG/ML XAROPE	EXPECTORANTE
AMBROXOL/CLORIDRATO	6 MG/ML XAROPE	EXPECTORANTE
AMIODARONA/CLORIDRATO	200MG COMPRIMIDO	ANTIARRITMICO
AMITRIPTILINA/CLORIDRATO	25MG COMPRIMIDO	ANTIDEPRESSIVO
AMOX+CLAVULANATO	50+12,5MG SUSP. ORAL	ANTIBIÓTICO
AMOX+CLAVULANATO	500+125MG COMPRIMIDO	ANTIBIÓTICO
AMOXICILINA	500MG CÁPSULA	ANTIBIÓTICO
AMOXICILINA	50MG/ML SUSP. ORAL	ANTIBIÓTICO
ANLODIPINO/BESILATO	5MG COMPRIMIDO	ANTI-HIPERTENSIVO
ATENOLOL	50MG COMPRIMIDO	ANTI-HIPERTENSIVO
AZITROMICINA	40MG/ML SUSP. ORAL	ANTIBIÓTICO
AZITROMICINA	500MG COMPRIMIDO	ANTIBIÓTICO
BECLOMETASONA/DIPROP.	50MCG/DOSE AEROSSOL	CORTICOSTERÓIDE
BECLOMETASONA/DIPROP.	250MCG/DOSE AEROSSOL	CORTICOSTERÓIDE
BENZILPENICILINA/BENZAT.	1.200.000UI INJETÁVEL	ANTIBIÓTICO
BENZILPENICILINA/BENZAT.	600.000UI INJETÁVEL	ANTIBIÓTICO
BENZILPENICILINA/PROCA.	400.000UI INJETÁVEL	ANTIBIÓTICO
BIPERIDENO/CLORIDRATO	2MG COMPRIMIDO	ANICOLINÉRGICO
BUDESONIDA	32MCG/DOSE AEROSSOL	GLICOCORTICÓIDE
BUDESONIDA	64MCG/DOSE AEROSSOL	GLICOCORTICÓIDE
BUPROPIONA/CLORIDRATO	150MG COMPRIMIDOS	ANTIDEPRESSIVO, COMPETE COM A NICOTINA PELOS RECPTORES DA DOPAMINA - PROGRAMA TABAGISMO
CARBAMAZEPINA	20MG/ML SUSP. ORAL	ANTIEPILÉPTICO
CARBAMAZEPINA	200MG COMPRIMIDO	ANTIEPILÉPTICO



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde

Central de Abastecimento Farmacêutico

<b>CARBONATO DE CÁLCIO</b>	500MG COMPRIMIDO	REPOSITOR MINERAL
<b>CARBONATO DE LÍCIO</b>	300MG COMPRIMIDO	ANTIDEPRESSIVO
<b>CARVEDILOL</b>	6,25MG COMPRIMIDO	ANTI-HIPERTENSIVO
<b>CEFALEXINA</b>	500MG COMPRIMIDO	ANTIBIÓTICO
<b>CEFALEXINA</b>	250MG/5ML SOLUÇÃO ORAL	ANTIBIÓTICO
<b>CETOCONAZOL</b>	20MG/ML SHAMPOO	ANTIMICÓTICO
<b>CETOPROFENO</b>	50MG CÁPSULA	ANTI-INFLAMATÓRIO
<b>CIPROFLOXACINO</b>	500MG COMPRIMIDO	ANTIBIÓTICO
<b>CLARITROMICINA</b>	500MG COMPRIMIDO	ANTIBIÓTICO
<b>CLOMIPRAMINA</b>	25MG COMPRIMIDO	ANTIDEPRESSIVO
<b>CLONAZEPAM</b>	2,5MG/ML SOLUÇÃO ORAL	BENZODIAZEPÍNICO
<b>CLORETO DE SÓDIO 0,9%</b>	1000, 500, 250 E 100 ML SISTEMA FECHADO	PARA LAVAGEM DE CURATIVOS
<b>CLORETO DE SÓDIO 0,9% NASAL</b>	0,9% SOLUÇÃO NASAL 30ML FRASCO	DESCONGESTIONANTE NASAL
<b>CLORPROMAZINA/CLORID.</b>	100MG COMPRIMIDO	ANTIPSICÓTICO
<b>CLORPROMAZINA/CLORID.</b>	25MG COMPRIMIDO	ANTIPSICÓTICO
<b>CLORPROMAZINA/CLORID.</b>	40MG/ML SOLUÇÃO ORAL	ANTIPSICÓTICO
<b>CODEÍNA, FOSFATO</b>	30MG COMPRIMIDOS	ANALGÉSICO – DOR CRÔNICA PARANÁ SEM DOR
<b>COLAGENASE</b>	0,6UI POMADA	REGENERANTE
<b>DEXAMETASONA</b>	4MG COMPRIMIDO	CORTICOSTERÓIDE - ONCOLÓGICO
<b>DEXAMETASONA</b>	1,0MG/ML COLÍRIO	CORTICOSTERÓIDE
<b>DEXAMETASONA</b>	0,1% CREME	CORTICOSTERÓIDE
<b>DEXCLORFENIRAMINA</b>	2MG COMPRIMIDO	ANTIALÉRGICO
<b>DEXCLORFENIRAMINA</b>	0,4MG/ML XAROPE	ANTIALÉRGICO
<b>DIAZEPAM</b>	5MG COMPRIMIDO	BENZODIAZEPÍNICO
<b>DIGOXINA</b>	0,25MG COMPRIMIDO	CARDIOTÔNICO
<b>DIPIRONA SÓDICA</b>	500MG/ML GOTAS	ANALGÉSICO
<b>DIPIRONA SÓDICA</b>	500MG COMPRIMIDO	ANALGÉSICO
<b>DOXAZOSINA/MESILATO</b>	2MG COMPRIMIDO	HIPERPLASIA
<b>DOXICICLINA/CLORID</b>	100MG COMPRIMIDO	ANTIBIÓTICO IST
<b>ENALAPRIL/MALEATO</b>	10MG COMPRIMIDO	ANTI-HIPERTENSIVO
<b>ESPIRAMICINA</b>	500MG COMPRIMIDO	ANTIBIÓTICO - TOXOPLASMOSE
<b>ESPIRONOLACTONA</b>	25MG COMRPIMIDO	DIURÉTICO
<b>FENITOÍNA SÓDICA</b>	100MG COMPRIMIDO	ANTIEPILÉTICO
<b>FENOBARBITAL</b>	100MG COMPRIMIDO	ANTICONVULSIVANTE
<b>FENOBARBITAL</b>	40MG/ML GOTAS	ANTICONVULSIVANTE
<b>FLUCONAZOL</b>	150MG CÁPSULA	ANTIMICÓTICO
<b>FLUOXETINA/CLORIDRATO</b>	20MG CÁPSULA	ANTIDEPRESSIVO
<b>FUROSEMIDA</b>	40MG COMPRIMIDO	DIURÉTICO



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde

Central de Abastecimento Farmacêutico

<b>GABAPENTINA</b>	300MG CÁPSULA	ANLÉSICO DOR CRÔNICA-PARANÁ SEM DOR
<b>GENTAMINCINA/SULFATO</b>	5MG/ML OFTÁLMICO	ANTIBIÓTICO
<b>GLIBENCLAMIDA</b>	5MG COMPRIMIDO	HIPOGLICEMIANTE
<b>GLICLAZIDA</b>	30MG COMPRIMIDO	ANTIDIABÉTICO
<b>HALOPERIDOL</b>	1MG COMPRIMIDO	NEUROLÉPTICO
<b>HALOPERIDOL</b>	2MG/ML GOTAS	NEUROLÉPTICO
<b>HALOPERIDOL</b>	5MG COMPRIMIDO	NEUROLÉPTICO
<b>HALOPERIDOL/DECANOATO</b>	50MG/ML INJETÁVEL	NEUROLÉPTICO
<b>HIDROCLOROTIAZIDA</b>	25MG COMPRIMIDO	DIURÉTICO
<b>HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO</b>	62MG SUSP. ORAL	ANTIÁCIDO
<b>HIPROMELOSE</b>	0,5% OFTÁLMICO	LUBRIFICANTE OCULAR
<b>IBUPROFENO</b>	50MG/ML GOTAS	ANTI-INFLAMATÓRIO
<b>IBUPROFENO</b>	600MG COMPRIMIDO	ANTI-INFLAMATÓRIO
<b>INSULINA HUMANA NPH</b>	FRASCO E CANETA (100UI/ML)	ANTIGLICEMIANTE
<b>INSULINA HUMANA REGULAR</b>	FRASCO E CANETA (100UI/ML)	ANTIGLICEMIANTE
<b>ISOFLAVONA</b>	150MG CÁPSULA	FITORMÔNIO
<b>ISOSSORBIDA/MONONITRATO</b>	20MG COMPRIMIDO	ANTI-HIPERTENSIVO
<b>IVERMECTINA</b>	6MG COMPRIMIDO	ANTIPARASITÁRIO
<b>LACTULOSE</b>	667MG XAROPE	LAXANTE
<b>LEVODOPA/BENSERAZIDA</b>	100 + 25MG COMPRIMIDO "BD"	ANTIPARKINSONIANO
<b>LEVODOPA/BENSERAZIDA</b>	100 + 25MG COMPRIMIDO DISPERSÍVEL	ANTIPARKINSONIANO
<b>LEVODOPA/BENSERAZIDA</b>	100 + 25MG LIBERAÇÃO PROLONGADA CÁPSULA "HBS"	ANTIPARKINSONIANO
<b>LEVODOPA/BENSERAZIDA</b>	200 + 50MG COMPRIMIDO	ANTIPARKINSONIANO
<b>LEVODOPA/CARBIDOPA</b>	250 + 25MG COMRPIMIDO	ANTIPARKINSONIANO
<b>LEVONORGESTREL/ETINIL.</b>	0,15+0,03MG COMPRIMIDO	ANTICONCEPCIONAL
<b>LEVONORGESTREL</b>	0,75MG COM 2 COMPRIMIDOS	ANTICONCEPCIONAL
<b>LEVOTIROXINA SÓDICA</b>	25MCG COMPRIMIDO	HORMONAL
<b>LEVOTIROXINA SÓDICA</b>	50MCG COMPRIMIDO	HORMONAL
<b>LEVOTIROXINA SÓDICA</b>	100MCG COMPRIMIDO	HORMONAL
<b>LORATADINA</b>	10MG COMPRIMIDO	ANTIALÉRGICO
<b>LORATADINA</b>	1MG/ML SOLUÇÃO ORAL	ANTIALÉRGICO
<b>LOSARTANA/POTASSICA</b>	50MG COMPRIMIDO	ANTI-HIPERTENSIVO
<b>MEDROXIPROGESTERONA/ACETATO</b>	150MG INJETÁVEL	ANTICONCEPCIONAL
<b>METADONA/CLORIDRATO</b>	100MG COMPRIMIDO	ANALGÉSICO DOR CRÔNICA – PARANÁ SEM DOR
<b>METFORMINA/CLORIDRATO</b>	850MG COMPRIMIDO	ANTIDIABÉTICO
<b>METILDOPA</b>	250MG COMPRIMIDO	ANTI-HIPERTENSIVO
<b>METOCLOPRAMIDA</b>	4MG/ML GOTAS	ANTIEMÉTICO



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde

Central de Abastecimento Farmacêutico

<b>METOCLOPRAMIDA</b>	10MG COMPRIMIDO	ANTIEMÉTICO
<b>METOPROLOL/SUCCINATO</b>	50MG COMPRIMIDO	ANTI-HIPERTENSIVO
<b>METRONIDAZOL/BENZOIL</b>	40MG/ML SUSP. ORAL	ANTIPROTOZOÁRIO
<b>METRONIDAZOL</b>	100MG/G GEL VAGINAL	ANTIPROTOZOÁRIO
<b>METRONIDAZOL</b>	250MG COMPRIMIDO	ANTIPROTOZOÁRIO
<b>MICONAZOL/NITRATO</b>	2% CREME VAGINAL	ANTIMICÓTICO
<b>MIKANIA GLOMERATA (GUACO)</b>	XAROPE	EXPECTORANTE
<b>MORFINA/SULFATO</b>	10MG E 30MG COMPRIMIDO	ANALGÉSICO DOR CRÔNICA – PARANÁ SEM DOR
<b>NEOMICINA/BACITRACINA</b>	5MG+250UI POMADA	ANTIBIÓTICO TÓPICO
<b>NICOTINA</b>	7MG/ 14MG/ 21MG ADESIVO TRANSDERM.	CONTROLE DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA
<b>NISTATINA</b>	100.000UI SUSP. ORAL	ANTIFÚNGICO
<b>NISTATINA</b>	25.000UI CREME VAGINAL	ANTIFÚNGICO
<b>NITROFURANTOÍNA</b>	100MG COMPRIMIDO	ANTIBIÓTICO
<b>NORETISTERONA/ESTRAD.</b>	50+5MG/ML INJETÁVEL	ANTICONCEPCIONAL
<b>NORETISTERONA</b>	0,35MG COMPRIMIDO	ANTICONCEPCIONAL
<b>NORTRIPTILINA/CLORIDRATO</b>	25MG CÁPSULA	ANTIDEPRESSIVO
<b>ÓLEO MINERAL</b>	100% SOL. ORAL	LAXATIVO
<b>OMEPRAZOL</b>	20MG CÁPSULA	ANTIÁCIDO
<b>ONDANSETRONA/CLORIDRATO</b>	4MG COMPRIMIDO DE DESINTEGRAÇÃO ORAL	ANTIEMÉTICO - ONCOLÓGICO
<b>OSELTAMIVIR/FOSFATO</b>	30MG/45MG/75MG	ANTIRRETROVIRAL
<b>ÓXIDO DE ZINCO + COLECALCIFEROL+ RETINOL</b>	150MG+5000UI+900UI/G POMADA	CICATRIZANTE/PROTETOR DA PELE
<b>PARACETAMOL</b>	200MG/ML GOTAS	ANALGÉSICO
<b>PARACETAMOL</b>	500MG COMPRIMIDO	ANALGÉSICO
<b>PERMETRINA</b>	10MG/ML LOÇÃO	ANTIPARASITÁRIO
<b>PERMETRINA</b>	50MG/ML LOÇÃO	ANTIPARASITÁRIO
<b>PIRIMETAMINA</b>	25MG COMPRIMIDO	ANTIPROTOZOÁRIO - TOXOPLASMOSE
<b>POLIMIXINA B/SULFATO + SULFATO DE NEOMINICA + FLUOCINOLONA ACETONIDA + CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA</b>	10.000 UI/ML + 3,50 MG/ML + 0,25 MG/ML + 20MG/ML SOLUÇÃO OTOLÓGICA	ANTIMICROBIANO/CORTICÓIDE/ ANESTÉSICO
<b>PREDNISOLONA</b>	3MG/ML SOL. ORAL	CORTICOIDE
<b>PREDNISONA</b>	5MG COMPRIMIDO	CORTICOIDE
<b>PREDNISONA</b>	20MG COMPRIMIDO	CORTICOIDE
<b>PROMETAZINA/CLORID.</b>	25MG COMPRIMIDO	ANTIEMÉTICO
<b>PROPATILNITRATO</b>	10MG COMPIRMIDO	VASODILATADOR
<b>PROPANOLOL/CLORIDRATO</b>	40MG COMPRIMIDO	ANTI-HIPERTENSIVO
<b>RISPERIDONA</b>	1MG COMPRIMIDO	ANTIPSICÓTICO
<b>SAIS DE REIDRATAÇÃO</b>	PÓ PARA SOLUÇÃO ORAL DE 1L	REPOSITOR ELETRÓLITO
<b>SALBUTAMOL/SULFATO</b>	100MCG/DOSE AEROSSOL	BRONCODILATADOR



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde  
Central de Abastecimento Farmacêutico

<b>SINVASTATINA</b>	20MG COMRPIMIDO	HIPOCOLESTERONÊMICO
<b>SULFADIAZINA</b>	500MG COMPRIMIDO	ANTIBACTERIANO
<b>SULFADIZINA DE PRATA</b>	1% CREME	BACTERICIDA TÓPICO
<b>SULFAMETOXAZOL/ TRIMETOPRIMA</b>	40+8MG/ML SUSP. ORAL	ANTIBIÓTICO
<b>SULFAMETOXAZOL/ TRIMETOPRIMA</b>	400+80MG COMPRIMIDO	ANTIBIÓTICO
<b>SULFATO FERROSO</b>	25MG/ML GOTAS	SUPLEMENTO MINERAL
<b>SULFATO FERROSO</b>	40MG COMPRIMIDO	SUPLEMENTO MINERAL
<b>TIAMINA/CLORIDRATO</b>	300MG COMPRIMIDO	VITAMINA
<b>TIMOLOL/MALEATO</b>	0,5% GOTAS OFTÁLMICAS	ANTIGLAUCOMATOSO
<b>VARFARINA</b>	5MG COMPRIMIDO	ANTICOAGULANTE



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde

Central de Abastecimento Farmacêutico

## MEDICAMENTOS DE USO INTERNO PADRONIZADOS PELA SEMSA PARA UBS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO	CLASSE DE USO INTERNO
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	100MG COMPRIMIDO	ANTI-INFLAMATÓRIO
ÁCIDOS GRAXOS+VIT.	LOÇÃO OLEOSA	REGENERANTE
ADENOSINA	3MG/ML INJETÁVEL	ARRÍTIMICO USO INTERNO – CARRINHO DE EMERGÊNCIA
ÁGUA DESTILADA	5ML/10ML INJETÁVEL	DILUENTE
AMINOFILINA	24MG/ML INJETÁVEL	BRONCODILATADOR USO INTERNO – CARRINHO DE EMERGÊNCIA
AMIODARONA/CLORIDRATO	50MG/ML INJETÁVEL	ANTIARRÍTMICO USO INTERNO – CARRINHO DE EMERGÊNCIA
ATENOLOL	50MG COMPRIMIDO	ANTI-HIPERTENSIVO
ATROPINA/SULFATO	0,25MG/ML INJETÁVEL	ESTIMULANTE SNC – CARRINHO DE EMERGÊNCIA
BENZILPENICILINA/BENZAT.	1.200.000UI INJETÁVEL	ANTIBIÓTICO – MALETA DE EMERGÊNCIA
BENZILPENICILINA/BENZAT.	600.000UI INJETÁVEL	ANTIBIÓTICO – MALETA DE EMERGÊNCIA
BICARBONATO DE SÓDIO	8,4% INJETÁVEL	EQUILIBRIO ACIDOSE
CAPTOPRIL	25MG COMPRIMIDO	ANTI-HIPERTENSIVO
CETOPROFENO	50MG/ML INJETÁVEL	ANTI-INFLAMATÓRIO
CLONIDINA/CLORIDRATO	0,1MG COMPRIMIDO	ANTI-HIPERTENSIVO
CLONIDINA/CLORIDRATO	0,150MG/ML INJETÁVEL	ANTI-HIPERTENSIVO – CARRINHO DE EMERGÊNCIA
CLORETO DE SÓDIO 10ML	AMPOLA	DILUENTE
CLORETO DE SÓDIO 100ML	SISTEMAS FECHADOS	DILUENTE/REPOSITOR
CLORETO DE SÓDIO 250ML	SISTEMAS FECHADOS	DILUENTE/REPOSITOR
CLORETO DE SÓDIO 500ML	SISTEMAS FECHADOS	DILUENTE/REPOSITOR
CLORETO DE SÓDIO 1000ML	SISTEMAS FECHADOS	DILUENTE/REPOSITOR
CLORETO DE SÓDIO 20% 10ML	AMPOLA	REP.ELETRÓLITOS – CARRINHO DE EMERGÊNCIA
CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% 10ML	AMPOLA	REP.ELETRÓLITOS – CARRINHO DE EMERGÊNCIA
COLAGENASE	0,6UI POMADA	REGENERANTE - CURATIVO
DESLANOSÍDEO	0,2MG AMPOLA	ANTIARRÍTMICO – CARRINHO DE EMERGÊNCIA





# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

## Secretaria Municipal da Saúde

Central de Abastecimento Farmacêutico

<b>DEXAMETASONA/FOSFATO</b>	2MG/ML INJETÁVEL	CORTICOSTERÓIDE
<b>DEXAMETASONA/FOSFATO</b>	4MG/ML INJETÁVEL	CORTICOSTERÓIDE
<b>DICLOFENACO SÓDICO</b>	25MG/ML INJETÁVEL	ANTI-INFLAMATÓRIO
<b>DIMENIDRINATO + PIRIDOXINA</b>	50MG + 50MG/ML INJETÁVEL	ANTIEMÉTICO/ANTIHISTAMÍNICO
<b>DIPIRONA SÓDICA</b>	500MG INJETÁVEL	ANALGÉSICO
<b>DIPIRONA SÓDICA</b>	500MG/ML SOLUÇÃO ORAL GOTAS	ANALGÉSICO
<b>DIPIRONA SÓDICA</b>	500MG COMPRIMIDO	ANALGÉSICO
<b>DOPAMINA/CLORIDRATO</b>	5MG/ML INJETÁVEL	VASOPRESOR E ESTIMULANTE CARDÍACO – CARRINHO DE EMERGÊNCIA
<b>EPINEFRINA</b>	1MG/ML INJETÁVEL	AGONISTA ADRENÉRGICO – CARRINHO DE EMERGÊNCIA
<b>ESCOPOLAMINA/BUTILB + DIPIRONA</b>	4+500MG INJETÁVEL	ANTICOLINÉRGICO
<b>ESCOPOLAMINA/BUTILB.</b>	20MG/ML INJETÁVEL	ANTICOLINÉRGICO
<b>ETILEFRINA/CLORIDRATO</b>	10MG/ML INJETÁVEL	ANTI-HIPOTENSIVO
<b>FENOTEROL/BROMIDRATO</b>	5MG/ML SOLUÇÃO	BRONCODILATADOR
<b>FITOMENADIONA</b>	10MG/ML INJETÁVEL	VITAMINA/COAGULAÇÃO
<b>FOSFATO DE SÓDIO+FOSFATO DE SÓDIO DIFÁSICO</b>	16+6% ENEMA	LAXANTE
<b>FUROSEMIDA</b>	10MG/ML INJETÁVEL	DIURÉTICO
<b>GLICOSE 25%</b>	10ML AMPOLA	REPOSITOR ELETRÓLITOS – CARRINHO DE EMERGÊNCIA
<b>GLICOSE 50%</b>	10ML AMPOLA	REPOSITOR ELETRÓLITOS – CARRINHO DE EMERGÊNCIA
<b>GLICOSE 5%</b>	100ML BOLSA/FRASCO	REPOSITOR ELETRÓLITOS
<b>GLICOSE 5%</b>	250ML BOLSA/FRASCO	REPOSITOR ELETRÓLITOS
<b>GLICOSE 5%</b>	500ML BOLSA/FRASCO	REPOSITOR ELETRÓLITOS
<b>GLUCONATO DE CÁLCIO</b>	10% INJETÁVEL	SUPLEMENTO MINERAL
<b>HEPARINA SÓDICA</b>	0,25UI INJETÁVEL	ANTICOAGULANTE
<b>HIDROCORTISONA/SUCC.</b>	100MG INJETÁVEL	CORTICOSTERÓIDE
<b>HIDROCORTISONA/SUCC.</b>	500MG INJETÁVEL	CORTICOSTERÓIDE
<b>IBUPROFENO</b>	50MG/ML GOTAS	ANTIINFLAMATÓRIO



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

## Secretaria Municipal da Saúde

Central de Abastecimento Farmacêutico

<b>IMUNOGLOBULINA ANTI-RHO (D)</b>	300MCG INJETÁVEL	ANTICORPO – PCDT PARA GESTANTE
<b>INSULINA NPH AMPOLA</b>	FRASCO/CANETA	ANTIGLICEMIANTE
<b>INSULINA REGULAR AMPOLA</b>	FRASCO/CANETA	ANTIGLICEMIANTE
<b>IPRATRÓPIO/BROMETO</b>	0,25MG/ML GOTAS	BRONCODILATADOR
<b>ISOSSORBIDA/DINITRATO</b>	5MG COMPRIMIDO SUB.	ANTI-HIPERTENSIVO
<b>LIDOCAÍNA</b>	2% GELÉIA	ANESTÉSICO
<b>LIDOCAÍNA</b>	2% VASO-CONSTRITOR	ANESTÉSICO
<b>LIDOCAÍNA</b>	2% SEM VASO-CONSTRITOR	ANESTÉSICO
<b>METILERGOMETRINA/MALEATO</b>	0,2MG/ML INJETÁVEL	ESTIMULANTE UTERINO
<b>METOCLOPRAMIDA</b>	4MG/ML GOTAS	ANTIEMÉTICO
<b>METOCLOPRAMINA</b>	10MG COMPRIMIDO	ANTIEMÉTICO
<b>METOCLOPRAMIDA</b>	5MG/ML INJETÁVEL	ANTIEMÉTICO
<b>OMEPRAZOL</b>	20MG CÁPSULA	ANTIÁCIDO
<b>OMEPRAZOL</b>	40MG INJETÁVEL	ANTIÁCIDO
<b>PARACETAMOL</b>	200MG/ML GOTAS	ANALGÉSICO
<b>PARACETAMOL</b>	500MG COMPRIMIDO	ANALGÉSICO
<b>PROMETAZINA/CLORID.</b>	25MG/ML INJETÁVEL	ANTIEMÉTICO
<b>PROXIMETACAÍNA/CLORIDRATO</b>	0,5% GOTAS OFTÁLMICAS	ANESTÉSICO – MALETA DE EMERGÊNCIA
<b>RETINOL, PALMITATO</b>	100.000UI / 200.000UI CAPSULA	VITAMINA A - PCDT
<b>SOLUÇÃO RINGER LACTATO</b>	500ML INJETÁVEL	REPOSITOR ELETRÓLITO
<b>SALBUTAMOL/SULFATO</b>	100MCG/DOSE AEROSOL	BRONCODILATADOR – CARRINHO DE EMERGÊNCIA
<b>SULFADIZINA DE PRATA</b>	1% CREME	BACTERICIDA TÓPICO - CURATIVO
<b>SULFATO DE MAGNÉSIO</b>	50% INJETÁVEL	ELETRÓLITO
<b>TERBUTALINA</b>	0,5MG INJETÁVEL	BRONCODILATADOR
<b>TIRA REAGENTE PARA MEDIR GLICEMIA</b>		INSUMO – USO INTERNO
<b>VITAMINAS COMPLEXO B</b>	INJETÁVEL	VITAMINA



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde

Central de Abastecimento Farmacêutico

## MEDICAMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA PADRONIZADOS PELA SEMSA

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO	CLASSE
ACICLOVIR	200MG COMPRIMIDO	ANTIRRETROVIRAL
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	100MG COMPRIMIDO	ANTIPLAQUETÁRIO
ÁCIDOS GRAXOS+VIT.	LOÇÃO OLEOSA	REGENERANTE - CURATIVO
ÁCIDO TRANEXÂMICO	50MG/ML INJETÁVEL	HEMOSTÁTICO
ADENOSINA	3MG/ML INJETÁVEL	ANTIARRÍTMICO
ÁGUA DESTILADA	10ML INJETÁVEL	DILUENTE
AMINOFILINA	24MG/ML INJETÁVEL	BRONCODILATADOR
AMIODARONA/CLORIDRATO	200MG COMPRIMIDO	ANTIARRÍTMICO
AMIODARONA/CLORIDRATO	50MG/ML INJETÁVEL	ANTIARRÍTMICO
ANLODIPINO/BESILATO	5MG COMPRIMIDO	ANTI-HIPERTENSIVO
ATENOLOL	50MG COMPRIMIDO	ANTI-HIPERTENSIVO
ATROPINA/SULFATO	0,25MG/ML INJETÁVEL	ESTIMULANTE SNC
BENZILPENICILINA/BENZAT.	1.200.000UI INJETÁVEL	ANTIBIÓTICO
BENZILPENICILINA/BENZAT.	600.000UI INJETÁVEL	ANTIBIÓTICO
BENZILPENICILINA/PROCA.	400.000UI INJETÁVEL	ANTIBIÓTICO
BICARBONATO DE SÓDIO	8,4% INJETÁVEL	EQUILIBRIO ACIDOSE
CAPTOPRIL	25MG COMPRIMIDO	ANTI-HIPERTENSIVO
CARVÃO VEGETAL	250MG COMPRIMIDO	DESINTOXICANTE
CARVEDILOL	6,25MG COMPRIMIDO	ANTI-HIPERTENSIVO
CEFAZOLINA	1G INJETÁVEL	ANTIBIÓTICO
CEFTRIAXONA	500MG INJETÁVEL	ANTIBIÓTICO
CEFTRIAXONA	1G INJETÁVEL	ANTIBIÓTICO
CETOPROFENO	50MG/ML INJETÁVEL	ANTI-INFLAMATÓRIO
CLONIDINA/CLORIDRATO	0,1MG COMPRIMIDO	ANTI-HIPERTENSIVO



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

## Secretaria Municipal da Saúde

Central de Abastecimento Farmacêutico

<b>CLOPIDINA/CLORIDRATO</b>	0,150MG INJETÁVEL	ANTI-HIPERTENSIVO
<b>CLOPIDOGREL</b>	75MG COMPRIMIDO	ANTIPLAQUETÁRIO
<b>CLORETO DE POTÁSSIO</b>	19,10% INJETÁVEL	REP. ELETRÓLITO
<b>CLORETO DE SÓDIO 10ML</b>	AMPOLA	DILUENTE
<b>CLORETO DE SÓDIO 100ML</b>	SISTEMAS FECHADOS	DILUENTE/REPOSITOR
<b>CLORETO DE SÓDIO 250ML</b>	SISTEMAS FECHADOS	DILUENTE/REPOSITOR
<b>CLORETO DE SÓDIO 500ML</b>	SISTEMAS FECHADOS	DILUENTE/REPOSITOR
<b>CLORETO DE SÓDIO 1000ML</b>	SISTEMAS FECHADOS	DILUENTE/REPOSITOR
<b>CLORETO DE SÓDIO 20% 10ML</b>	AMPOLA	REP.ELETRÓLITOS
<b>CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% 10ML</b>	AMPOLA	REP.ELETRÓLITOS
<b>CLORPROMAZINA/CLORIDRATO</b>	5MG/ML INJETÁVEL	ANTIPSIKÓTICO
<b>COLAGENASE</b>	0,6UI POMADA	REGENERANTE
<b>DESLANOSÍDEO</b>	0,2MG/ML INJETÁVEL	ANTIARRÍTIMICO
<b>DEXAMETASONA/FOSFATO</b>	2MG/ML INJETÁVEL	CORTICOSTERÓIDE
<b>DEXAMETASONA/FOSFATO</b>	4MG/ML INJETÁVEL	CORTICOSTERÓIDE
<b>DIAZEPAM</b>	5MG COMPRIMIDO	BENZODIAZEPÍNICO
<b>DIAZEPAM</b>	5MG/ML INJETÁVEL	BENZODIAZEPÍNICO
<b>DICLOFENACO SÓDICO</b>	75MG INJETÁVEL	ANTI-INFLAMATÓRIO
<b>DIMENIDRINATO+PIRIDOXINA</b>	50MG/ML+50MG/ML INJETÁVEL	ANTIEMÉTICO/ANTIHISTAMÍNICO
<b>DIGOXINA</b>	0,25MG COMPRIMIDO	CARDIOTÔNICO
<b>DIPIRONA SÓDICA</b>	500MG INJETÁVEL	ANALGÉSICO
<b>DIPIRONA SÓDICA</b>	500MG/ML SOLUÇÃO ORAL	ANALGÉSICO
<b>DOBUTAMINA/CLORIDRATO</b>	12,5MG/ML INJETÁVEL	CARDIOTÔNICO
<b>DOPAMINA/CLORIDRATO</b>	5MG/ML INJETÁVEL	NEUROTRANSMISSOR
<b>ENOXAPARINA SÓDICA</b>	40MG/0,4ML INJETÁVEL	ANTICOAGULANTE
<b>EPINEFRINA</b>	1MG/ML INJETÁVEL	NEUROTRANSMISSOR



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde

Central de Abastecimento Farmacêutico

<b>ETILEFRINA</b>	10MG/ML INJETÁVEL	ANTI-HIPOTENSIVO
<b>ESCOPOLAMINA/BUTILB + DIPIRONA</b>	4+500MG INJETÁVEL	ANTICOLINÉRGICO
<b>ESCOPOLAMINA/BUTILB.</b>	20MG/ML INJETÁVEL	ANTICOLINÉRGICO
<b>ETILEFRINA/CLORIDRATO</b>	10MG/ML INJETÁVEL	ANTI-HIPOTENSIVO
<b>FENITOÍNA SÓDICA</b>	50MG/ML INJETÁVEL	ANTIEPILÉTICO
<b>FENOBARBITAL</b>	200MG/ML INJETÁVEL	ANTICONVULSIVANTE
<b>FENTANILA/CITRATO</b>	0,05MG/ML INJETÁVEL 2ML	ANESTÉSICO
<b>FENOTEROL/BROMIDRATO</b>	5MG/ML SOLUÇÃO EM GOTAS	BRONCODILATADOR
<b>FITOMETADIONA</b>	10MG/ML INJETÁVEL	VITAMINA/COAGULAÇÃO
<b>FLUMAZENIL</b>	0,1MG/ML INJETÁVEL	ANTAGONISTA HIPNÓTICO
<b>FOSFATO DE SÓDIO+FOSFATO DE SÓDIO DIFÁSICO</b>	16+6% ENEMA	LAXANTE
<b>FUROSEMIDA</b>	10MG/ML INJETÁVEL	DIURÉTICO
<b>GENTAMINCINA</b>	40MG/ML INJETÁVEL	ANTIBIÓTICO
<b>GLICOSE 25%</b>	10ML AMPOLA	REPOSITOR ELETRÓLITOS
<b>GLICOSE 50%</b>	10ML AMPOLA	REPOSITOR ELETRÓLITOS
<b>GLICOSE 5%</b>	100ML BOLSA/FRASCO	REPOSITOR ELETRÓLITOS
<b>GLICOSE 5%</b>	250ML BOLSA/FRASCO	REPOSITOR ELETRÓLITOS
<b>GLICOSE 5%</b>	500ML BOLSA/FRASCO	REPOSITOR ELETRÓLITOS
<b>GLUCONATO DE CÁLCIO</b>	10% INJETÁVEL	SUPLEMENTO MINERAL
<b>HALOPERIDOL</b>	5MG/ML INJETÁVEL	NEUROLÉPTICO
<b>HEPARINA SÓDICA</b>	0,25UI INJETÁVEL	ANTICOAGULANTE
<b>HIDROCLOROTIAZIDA</b>	25MG COMPRIMIDO	DIURÉTICO
<b>HIDROCORTISONA/SUCC.</b>	100MG INJETÁVEL	CORTICOSTERÓIDE
<b>HIDROCORTISONA/SUCC.</b>	500MG INJETÁVEL	CORTICOSTERÓIDE
<b>IBUPROFENO</b>	50MG/ML GOTAS	ANTI-INFLAMATÓRIO
<b>INSULINA NPH HUMANA</b>	100UI/ML INJETÁVEL	HIPOGLICEMIANTE



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

## Secretaria Municipal da Saúde

Central de Abastecimento Farmacêutico

<b>INSULINA REGULAR HUMANA</b>	100UI/ML INJETÁVEL	HIPOGLICEMIANTE
<b>IPRATRÓPIO/BROMETO</b>	0,25MG/ML GOTAS	BRONCODILATADOR
<b>ISOSSORBIDA/DINITRATO</b>	5MG COMPRIMIDO SUB.	ANTI-HIPERTENSIVO
<b>LIDOCAÍNA</b>	2% GELÉIA	ANESTÉSICO
<b>LIDOCAÍNA</b>	2% VASO-CONSTRITOR	ANESTÉSICO
<b>LIDOCAÍNA</b>	2% SEM VASO- CONSTRITOR	ANESTÉSICO
<b>LOSARTANA</b>	50MG COMPRIMIDO	ANTI-HIPERTENSIVO
<b>MAGNÉSIO/SULFATO</b>	50% INJETÁVEL	REPOSITOR MINERAL
<b>MANITOL</b>	20% INJETÁVEL	DIURÉTICO
<b>METILERGOMETRINA</b>	0,2MG/ML INJETÁVEL	ESTIMULANTE UTERINO
<b>METOCLOPRAMIDA</b>	4MG/ML GOTAS	ANTIEMÉTICO
<b>METOCLOPRAMIDA</b>	5MG/ML INJETÁVEL	ANTIEMÉTICO
<b>METOPROLOL/TART.</b>	5MG/ML INJETÁVEL	ANTI-HIPERTENSIVO
<b>MIDAZOLAM</b>	5MG/ML INJETÁVEL DE 5ML	SEDATIVO/INDUTOR SONO
<b>MORFINA/SULFATO</b>	10MG/ML INJETÁVEL	ANALGÉSICO
<b>NALOXONA/CLORIDRATO</b>	0,4MG/ML INJETÁVEL	ANTAGONISTA DE OPIOIDE
<b>NITROGLICERINA</b>	5MG/ML INJETÁVEL	VASODILATADOR CORONARIANO
<b>NITROPRUSSETO DE SÓDIO</b>	50MG INJETÁVEL	VASODILATADOR
<b>NOREPINEFRINA</b>	2MG/ML INJETÁVEL	NEUROTRANSMISSOR
<b>OMEPRAZOL</b>	40MG INJETÁVEL	ANTIÁCIDO
<b>PARACETAMOL</b>	200MG/ML GOTAS	ANALGÉSICO
<b>PARACETAMOL</b>	500MG COMPRIMIDO	ANALGÉSICO
<b>PREDNISOLONA</b>	3MG/ML SOL. ORAL	CORTICOIDE
<b>PROMETAZINA/CLORIDRATO</b>	25MG/ML INJETÁVEL	ANTIEMÉTICO
<b>PROXIMETACAÍNA/CLORIDRATO</b>	0,5% GOTAS OFTÁLMICAS	ANESTÉSICO
<b>RINGER LACTATO</b>	500ML INJETÁVEL	REPOSITOR ELETRÓLITO
<b>SALBUTAMOL/SULFATO</b>	100MCG/DOSE AEROSSOL	BRONCODILATADOR



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde

Central de Abastecimento Farmacêutico

<b>SINVASTATINA</b>	20MG COMRPIMIDO	HIPOCOLESTERONÊMICO
<b>SULFADIZINA DE PRATA</b>	1% CREME	BACTERICIDA TÓPICO
<b>SULFATO DE MAGNÉSIO</b>	50% INJETÁVEL	ELETRÓLITO
<b>SUXAMETÔNIO/CLORETO</b>	100MG INJETÁVEL	BLOQUEADOR MUSCULAR
<b>TERBUTALINA</b>	0,5MG INJETÁVEL	BRONCODILATADOR
<b>TRAMADOL</b>	50MG/ML INJETÁVEL	ANALGÉSICO
<b>VARFARINA</b>	5MG COMPRIMIDO	ANTICOAGULANTE
<b>VITAMINAS COMPLEXO B</b>	INJETÁVEL	VITAMINA



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde

Central de Abastecimento Farmacêutico

## INSUMOS DISPENSADOS PARA O PROGRAMA DE DIABETES

---

### INSUMOS

SERINGA PARA APLICAÇÃO DE INSULINA

TIRAS PARA MEDIÇÃO DE GLICEMIA

MONITOR (GLICOSIMETRO) PARA MEDIR GLICEMIA

LANCETAS

---

Obs: estes insumos devem ser solicitados pelos médicos e são fornecidos somente para pacientes insulino dependentes conforme Protocolo.

## MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DE TOXOPLASMOSE

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO	CLASSE
ÁCIDO FOLÍNICO	15MG COMPRIMIDO	INIBIDOR DE DEPRESSÃO DE MEDULA ÓSSEA - TOXOPLASMOSE
ESPIRAMICINA	500MG COMPRIMIDO	ANTIBACTERIANO
PIRIMETAMINA	25MG COMPRIMIDO	ANTIPROTOZOÁRIO
SULFADIAZINA	500MG COMPRIMIDO	ANTIBACTERIANO

---

Obs.: Medicamentos dispensados para gestantes seguem o protocolo da Secretaria Estadual de Saúde SESA

Demais pacientes – com lesão ocular por toxoplasmose:

- ✓ Receituário SUS (validade trinta dias) no nome do paciente;
- ✓ Declaração médica comprovando a lesão ocular ativa;
- ✓ Xerox do comprovante de residência, RG e CPF.





# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde

Central de Abastecimento Farmacêutico

## MEDICAMENTOS DO PROGRAMA PARANÁ SEM DOR

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO	CLASSE
CODEÍNA	30MG COMPRIMIDO	ANALGÉSICO OPIÓIDE
GABAPENTINA	300MG COMPRIMIDO	ANTICONVULSIVANTE/DOR NEUROPÁTICA
METADONA	10MG COMPRIMIDO	ANALGÉSICO OPIÓIDE
MORFINA	10MG COMPRIMIDO	ANALGÉSICO OPIÓIDE
MORFINA	30MG COMPRIMIDO	ANALGÉSICO OPIÓIDE

Obs: estes medicamentos devem ser solicitados pelos médicos conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica e o critérios da Secretaria Estadual de Saúde SESA.



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde

Central de Abastecimento Farmacêutico

## NORMAS PARA PRESCRIÇÃO/DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL – PORTARIA 344/98 E SUAS ATUALIZAÇÕES

Medicamentos	Controle Especial	Anabolizantes	Adendos das listas	Antirretrovirais
Receita de controle especial / Listas	C1 – Branca (2 vias)	C5 – Branca (2 vias)	A1, A2, B1 – Branca (2 vias)	C4 – Branca (2 vias)
Validade da receita	30 dias	30 dias	30 dias	30 dias
Quantidade por período de tratamento	60 dias	60 dias	60 dias	60 dias
Quantidade máxima por receita	5 ampolas 3 medicamentos*	5 ampolas	3 medicamentos	5 ampolas 3 medicamentos
Dispensação / Abrangência	1ª via fica retida na farmácia. 2ª via é devolvida ao paciente. Carimbar e registrar a data e a quantidade de medicamento dispensada. Solicitar assinatura do paciente ou responsável. Todo território nacional.			- Receita de controle especial - Formulário Próprio do Programa DST/AIDS.



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde

Central de Abastecimento Farmacêutico

Medicamentos	Entorpecentes E derivados	Psicotrópicos (benzodiazepínicos)	Anorexígenos	Retinóides	Imunossupressor (talidomida)
<b>Notificação de receita/ Listas</b>	A – Amarela (A1, A2, A3)	B – Azul (B1)	B – Azul (B2)	Branca – (C2)	Branca – (C3)
<b>Validade da receita</b>	30 dias	30 dias	30 dias	30 dias	15 dias
<b>Quantidade por período de tratamento</b>	Máximo 30 dias	Máximo 60 dias	Máximo 30 dias	Máximo 30 dias	Máximo 30 dias
<b>Quantidade máxima por receita</b>	5 ampolas 1 medicamento	5 ampolas 1 medicamento	1 medicamento	1 medicamento 5 ampolas	1 medicamento
<b>Dispensação/ Abrangência</b>	Nacional	Via única retida pela farmácia. Carimbar e registrar a data e a quantidade de medicamento dispensada. Solicitar assinatura do paciente ou responsável. Apenas no Estado onde foi concedida a numeração.		Apenas no Estado onde foi concedida a numeração.	
<b>Fornecimento</b>	Autoridade Sanitária Estadual / DF	Impressa pelo prescritor/ instituição		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Receita especial</li> <li>- Termo de consentimento assinado pelo usuário (retinóides).</li> <li>- Termo de esclarecimento assinado pelo paciente e termo de responsabilidade em 2 vias, assinado pelo médico (talidomida)</li> </ul>	

## NORMAS PARA PRESCRIÇÃO/DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO

MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO*			
Medicamentos	Gerais	Anticoncepcionais	Insulinas
<b>Receita</b>	Simples 2 (vias)	Simples 2 (vias)	Simples 2 (vias)
<b>Validade da receita</b>	6 meses	1 ano	6 meses
<b>Quantidade</b>	1 mês**	1 mês**	1 mês
<b>Dispensação</b>	1ª via fica com o paciente; 2ª via fica na farmácia; Carimbar e registrar a data, o tempo de tratamento dispensado ou a quantidade de cada medicamento entregue.		



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde  
Central de Abastecimento Farmacêutico

## NORMAS PARA PRESCRIÇÃO/DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS ANTIMICROBIANOS

MEDICAMENTOS ANTIMICROBIANOS					
<b>Documentos exigidos</b>	Receituário simples (2 vias) sistema IDS				
<b>Dados obrigatórios</b>	<p><u>Identificação do paciente:</u> nome completo (legível);</p> <p>Nome do medicamento prescrito pela DCB, dose ou concentração, forma farmacêutica, posologia e quantidade (em algarismo arábico em não em caixas);</p> <p><u>Identificação do eminente:</u> assinatura e carimbo do prescritor (nas duas vias).</p> <p>Data da emissão.</p>				
<b>Validade da receita</b>	<table border="1"><thead><tr><th>Tratamento único</th><th>Tratamento prolongado</th></tr></thead><tbody><tr><td>10 dias a partir da data de emissão.</td><td>Com indicação de uso contínuo, a receita tem validade de 90 dias.</td></tr></tbody></table>	Tratamento único	Tratamento prolongado	10 dias a partir da data de emissão.	Com indicação de uso contínuo, a receita tem validade de 90 dias.
Tratamento único	Tratamento prolongado				
10 dias a partir da data de emissão.	Com indicação de uso contínuo, a receita tem validade de 90 dias.				
<b>Quantidade por período de tratamento</b>	<table border="1"><tbody><tr><td>Deve atender essencialmente ao tratamento prescrito.</td><td>No caso de uso contínuo, a quantidade a ser utilizada a cada 30 dias.</td></tr></tbody></table>	Deve atender essencialmente ao tratamento prescrito.	No caso de uso contínuo, a quantidade a ser utilizada a cada 30 dias.		
Deve atender essencialmente ao tratamento prescrito.	No caso de uso contínuo, a quantidade a ser utilizada a cada 30 dias.				
<b>Quantidade máxima de medicamento por receita</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Não definido;</li><li>- Pode conter outros medicamentos desde que não sejam da Portaria de Controle Especial 344/98;</li><li>- Se houver mais de um antimicrobiano, sendo que um deles não consta na REMUME, devolver a 1ª via ao paciente, que poderá comprar o outro antimicrobiano com a mesma (a farmácia deverá fazer uma cópia e atestar o atendimento em ambas as vias).</li></ul>				
<b>Dispensação</b>	<p>Retenção da 2ª via* e devolução da 1ª.</p> <p>A 1ª via deve ser devolvida ao paciente com carimbo de atendido.</p> <p><u>Deve-se carimbar ambas vias com os seguintes registros**:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>I – A data da dispensação;</li><li>II – A quantidade aviada do antimicrobiano;</li><li>III – O número do lote do medicamento dispensado. Para a dispensação informatizada é suficiente registrar a saída via sistema.</li></ul> <table border="1"><thead><tr><th>Tratamento único</th><th>Tratamento prolongado</th></tr></thead><tbody><tr><td>Entregar essencialmente a quantidade de acordo com posologia e duração de tratamento.</td><td>Pode-se dispensar o tratamento para 30 dias, em 3 vezes. Também é possível a dispensação de todo o medicamento em atendimento único (tratamento de 90 dias).</td></tr></tbody></table>	Tratamento único	Tratamento prolongado	Entregar essencialmente a quantidade de acordo com posologia e duração de tratamento.	Pode-se dispensar o tratamento para 30 dias, em 3 vezes. Também é possível a dispensação de todo o medicamento em atendimento único (tratamento de 90 dias).
Tratamento único	Tratamento prolongado				
Entregar essencialmente a quantidade de acordo com posologia e duração de tratamento.	Pode-se dispensar o tratamento para 30 dias, em 3 vezes. Também é possível a dispensação de todo o medicamento em atendimento único (tratamento de 90 dias).				
<b>Abrangência</b>	Todo o território nacional				

Os estabelecimentos deverão manter à disposição das autoridades sanitárias, por um período de 2 (dois) anos a documentação referente às substâncias antimicrobianas e aos medicamentos de controle especial.



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde

Central de Abastecimento Farmacêutico

## NORMAS PARA PRESCRIÇÃO/DISPENSAÇÃO DE CURATIVOS

MEDICAMENTO/CURATIVO	QUANTIDADE MÁXIMA P/ FERIDA PEQUENA	QUANTIDADE MÁXIMA P/ FERIDA MÉDIA	QUANTIDADE MÁXIMA P/ FERIDA GRANDE
Cloreto de sódio 0,9% 100ml	15 frascos	20 frascos	25 frascos
Cloreto de sódio 0,9% 250ml	10 frascos	15 frascos	20 frascos
Cloreto de sódio 0,9% 500ml	-	10 frascos	15 frascos
Cloreto de sódio 0,9% 1000ml	-	-	10 frascos
Ácidos Graxos essenciais	01 frasco	01 frasco	02 frascos
Sulfadiazina de Prata	02 tubos	04 tubos	06 tubos

- Levantar em consideração o **estoque** no momento da dispensação.
- **Ferida pequena:** menor que 50cm<sup>2</sup>
- **Ferida média:** maior que 50cm<sup>2</sup> e menor que 150cm<sup>2</sup>
- **Ferida grande:** maior que 150cm<sup>2</sup>

## LISTA POR GRUPOS DE MEDICAMENTOS

ANTIBIÓTICOS		
DENOMINAÇÃO GENÉRICA	APRESENTAÇÃO	COMPONENTE
AMOXICILINA	500MG CÁPSULA	BÁSICO
AMOXICILINA	50MG/ML SUSPENSÃO ORAL	BÁSICO
AMOXICILINA + CLAVULANATO	500+125MG COMPRIMIDO	BÁSICO
AMOXICILINA + CLAVULANATO	50+12,5MG/ML SUSPENSÃO ORAL	BÁSICO
AZITROMICINA	500MG COMPRIMIDO	BÁSICO
AZITROMICINA	40MG/ML SUSPENSÃO ORAL	BÁSICO
BENZILPENICILINA BENZATINA	1.200.000UI INJETÁVEL	BÁSICO
BENZILPENICILINA BENZATINA	600.000UI INJETÁVEL	BÁSICO
BENZILPENICILINA PROCAÍNA	400.000UI INJETÁVEL	BÁSICO
CEFALEXINA	500MG CÁPSULA	BÁSICO
CEFALEXINA	50MG/ML SUSPENSÃO ORAL	BÁSICO



# PREFEITURA DE PARANAGUÁ

Secretaria Municipal da Saúde

Central de Abastecimento Farmacêutico

<b>CEFTRIAXONA SÓDICA</b>	1G INJETÁVEL	BÁSICO
<b>CIPROFLOXACINO</b>	500MG COMPRIMIDO	BÁSICO
<b>CLARITROMICINA</b>	500MG COMPRIMIDO	BÁSICO
<b>ESPIRAMICINA</b>	500MG COMPRIMIDO	ESTRATÉGICO – TOXOPLASMOSE
<b>GENTAMICINA</b>	40MG/ML INJETÁVEL	BÁSICO
<b>GENTAMICINA</b>	5MG/ML OFTÁLMICO	BÁSICO
<b>LEVOFLOXACINO</b>	500MG COMPRIMIDO	BÁSICO
<b>METRONIDAZOL</b>	250MG COMPRIMIDO	BÁSICO
<b>METRONIDAZOL</b>	40MG/ML SUSPENSÃO ORAL	BÁSICO
<b>NITROFURANTOÍNA</b>	100MG CÁPSULA	BÁSICO
<b>SULFADIAZINA</b>	500MG COMPRIMIDO	ESTRATÉGICO – TOXOPLASMOSE
<b>SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA</b>	400+80MG COMPRIMIDO	BÁSICO
<b>SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA</b>	40+8MG/ML SUSPENSÃO ORAL	BÁSICO