

**Prefeitura Municipal de Macambira**  
 Fundo Municipal de Saúde de Macambira  
 CNPJ- 11.278.364/0001-54  
 Acácia da Costa Almeida-  
 Secretária Municipal de Saúde



PREFEITURA DE  
**MACAMBIRA**  
 COMPROMISSO COM O POVO FELIZ DE NOVO

Coordenadoria da Assistência Farmacêutica de Macambira/SE

**RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NA FARMÁCIA BÁSICA CENTRAL DE SAÚDE MUNICIPAL**

Relação Atualizada em  
 02/08/2024

| ITEM | PRODUTO   | FORMA FARMACÊUTICA    | DISPONÍVEL (SIM/NÃO) | OBSERVAÇÕES   |
|------|---|-----------------------|----------------------|---|
| 1    | ACEBROFILINA 25MG/5ML - INFANTIL  | XAROPE                | SIM                  | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS            |
| 2    | ACEBROFILINA 50MG/5ML – ADULTO  | XAROPE                | SIM                  | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS            |
| 3    | ACETATO DE BETAMETASONA + FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA 3MG/ML + 3MG/ML   | SUSPENSÃO INJETÁVEL   | SIM                  | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS            |
| 4    | ACETILCISTEÍNA 20MG/ML – INFANTIL   | XAROPE                | NÃO                  | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS            |
| 5    | ACICLOVIR 50MG/G (5%)   | CREME                 | SIM                  |   |
| 6    | ACICLOVIR 200MG   | COMPRIMIDO            | NÃO                  | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS            |
| 7    | ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100 MG   | COMPRIMIDO            | SIM                  | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS            |
| 8    | ÁCIDO FÓLICO 0,2 MG/ML - GOTAS  | SOLUÇÃO ORAL          | NÃO                  |   |
| 9    | ÁCIDO FÓLICO 5 MG   | COMPRIMIDO            | NÃO                  | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS            |
| 10   | ÁCIDO FOLÍNICO 15MG (FOLINATO DE CÁLCIO)  | COMPRIMIDO            | NÃO                  |   |
| 11   | ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS (AGE), COMPOSIÇÃO COMPOSTA DOS ÁCIDOS CAPRÍLICO, CÁPRICO, LAÚRICO, COMPONENTES LINOLÉICO, LECITINA DE SOJA, APRESENTAÇÃO ASSOCIADAS COM VITAMINAS "A" E "E", | SOLUÇÃO OLEOSA        | NÃO                  |   |
| 12   | ÁCIDO TRANEXÂMICO 250MG   | COMPRIMIDO            | NÃO                  |   |
| 13   | ÁCIDO VALPRÓICO 250MG   | CÁPSULA               | NÃO                  | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (2 vias) + Cartão SUS/RG |
| 14   | ÁGUA PARA INJETÁVEIS (ÁGUA DESTILADA) AMPOLA 10ML   | SOLUÇÃO INJETÁVEL     | SIM                  |   |
| 15   | AGULHA PARA CANETA APLICADORA DE INSULINA   | -                     | SIM                  | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS            |
| 16   | ALBENDAZOL 40 MG/ML   | SUSPENSÃO ORAL        | NÃO                  | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS            |
| 17   | ALBENDAZOL 400MG  | COMPRIMIDO MASTIGÁVEL | SIM                  | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +                       |

|    |  |                        |     | Cartão SUS   |
|----|--|------------------------|-----|--|
| 18 | ALENDRONATO DE SÓDIO 70 MG   | COMPRIMIDO             | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS            |
| 19 | ALOPURINOL 100MG   | COMPRIMIDO             | NÃO |  |
| 20 | ALOPURINOL 300 MG  | COMPRIMIDO             | NÃO |  |
| 21 | ALPRAZOLAM 0,25 MG   | COMPRIMIDO             | NÃO |  |
| 22 | ALPRAZOLAM 0,5 MG  | COMPRIMIDO             | NÃO |  |
| 23 | ALPRAZOLAM 1 MG  | COMPRIMIDO             | NÃO |  |
| 24 | ALPRAZOLAM 2 MG  | COMPRIMIDO             | NÃO |  |
| 25 | AMBROXOL 3 MG/ML, CLORIDRATO DE INFANTIL   | XAROPE                 | NÃO |  |
| 26 | AMBROXOL 6 MG/ML, CLORIDRATO DE -ADULTO  | XAROPE                 | NÃO |  |
| 27 | AMIODARONA 200 MG  | COMPRIMIDO             | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS            |
| 28 | AMITRIPTILINA 10 MG, CLORIDRATO DE   | COMPRIMIDO             | NÃO |  |
| 29 | AMITRIPTILINA 25 MG, CLORIDRATO DE   | COMPRIMIDO             | NÃO | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (2 vias)<br>+ Cartão SUS/RG |
| 30 | AMITRIPTILINA 75 MG, CLORIDRATO DE   | COMPRIMIDO             | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (2 vias)<br>+ Cartão SUS/RG |
| 31 | AMOXICILINA 50 MG/ML   | SUSPENSÃO ORAL         | SIM |  |
| 32 | AMOXICILINA 50 MG/ML + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 12,5 MG/ML  | SUSPENSÃO ORAL         | NÃO |  |
| 33 | AMOXICILINA 500 MG + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 125 MG  | COMPRIMIDO             | NÃO |  |
|    | AMOXICILINA 400MG + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 125 MG   | COMPRIMIDO             | NÃO | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (2 vias)<br>+ Cartão SUS/RG |
| 34 | AMOXICILINA 500 MG   | CÁPSULA                | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (2 vias)<br>+ Cartão SUS/RG |
| 35 | ANLODIPINO 5 MG, BESILATO DE   | COMPRIMIDO             | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS            |
| 36 | ANLODIPINO 10 MG, BESILATO DE  | COMPRIMIDO             | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS            |
| 37 | APARELHO MEDIDOR DE GLICEMIA SANGUÍNEA CAPILAR (GLICOSÍMETRO), COM MEMÓRIA DE 300 TESTES COM DATA E HORA, MÉDIAS DE 7, 14 E 30 DIAS COM OPÇÃO DE DESCARREGAR DADOS NO PC, DE MARCA |                        | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Documentação          |
| 38 | ATENOLOL 25 MG   | COMPRIMIDO             | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS            |
| 39 | ATENOLOL 50 MG   | COMPRIMIDO             | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS            |
| 40 | ATENOLOL 100 MG  | COMPRIMIDO             | NÃO |  |
| 41 | ATORVASTATINA 10 MG  | COMPRIMIDO             | NÃO |  |
| 42 | ATORVASTATINA 20 MG  | COMPRIMIDO             | NÃO |  |
| 43 | ATORVASTATINA 40 MG  | COMPRIMIDO             | NÃO |  |
| 44 | AZITROMICINA 40 MG/ML  | PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL | NÃO |  |
|    | AZITROMICINA DI-HIDRATADA 200MG/5ML  | PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL | NÃO | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (2 vias)<br>+ Cartão SUS/RG |
| 45 | AZITROMICINA 500 MG  | COMPRIMIDO             | SIM | Dispensação Farmácia   |

|    |                                       |                               |     | Municipal<br>Receita branca (2 vias)<br>+ Cartão SUS/RG |
|----|---------------------------------------|-------------------------------|-----|---|
| 46 | BACLOFENO 10 MG                       | COMPRIMIDO                    | NÃO |   |
| 47 | BECLOMETASONA 50 MCG, DIPROPIONATO DE | SOLUÇÃO PARA<br>INALAÇÃO ORAL | NÃO |   |

|    |   |                               |     |  |
|----|---|-------------------------------|-----|--|
| 48 | BECLOMETASONA 200MCG, DIPROPIONATO DE             | SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO ORAL    | NÃO |  |
| 49 | BENZILPENICILINA BENZATINA 600.000 UI             | PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL   | NÃO |  |
| 50 | BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI           | PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL   | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (duas vias) + Cartão SUS/RG |
| 51 | BIPERIDENO 2 MG                                   | COMPRIMIDO                    | NÃO |  |
| 52 | BROMAZEPAM 3 MG                                   | COMPRIMIDO                    | NÃO |  |
| 53 | BROMAZEPAM 6 MG                                   | COMPRIMIDO                    | NÃO |  |
| 54 | BUDESONIDA 32 MCG                                 | SUSPENSÃO PARA INALAÇÃO NASAL | NÃO |  |
| 55 | BUDESONIDA 50 MCG                                 | SUSPENSÃO PARA INALAÇÃO NASAL | NÃO |  |
| 56 | BUDESONIDA 64 MCG                                 | SUSPENSÃO PARA INALAÇÃO NASAL | NÃO |  |
| 57 | BUPROPIONA 150MG, CLORIDRATO DE                   | COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO       | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (duas vias) + Cartão SUS/RG |
| 58 | CAPTOPRIL 25 MG                                   | COMPRIMIDO                    | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS               |
| 59 | CARBAMAZEPINA 20 MG/ML                            | SUSPENSÃO ORAL                | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (duas vias) + Cartão SUS/RG |
| 60 | CARBAMAZEPINA 200 MG                              | COMPRIMIDO                    | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (duas vias) + Cartão SUS/RG |
| 61 | CARBAMAZEPINA 400 MG                              | COMPRIMIDO                    | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (duas vias) + Cartão SUS/RG |
| 62 | CARBONATO DE CÁLCIO 500 MG                        | COMPRIMIDO                    | NÃO |  |
| 63 | CARBONATO DE CÁLCIO 500 MG + COLECALCIFEROL 200UI | COMPRIMIDO                    | SIM |  |
| 64 | CARBONATO DE LÍTIU 300 MG                         | COMPRIMIDO                    | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (duas vias) + Cartão SUS/RG |
| 65 | CARVEDILOL 3,125 MG                               | COMPRIMIDO                    | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS               |
| 66 | CARVEDILOL 6,25 MG                                | COMPRIMIDO                    | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS               |
| 67 | CARVEDILOL 12,5 MG                                | COMPRIMIDO                    | SIM |  |
| 68 | CARVEDILOL 25 MG                                  | COMPRIMIDO                    | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS               |
| 69 | CEFALEXINA 50 MG/ML                               | SUSPENSÃO ORAL                | NÃO |  |
|    | CEFALEXINA 250 MG/5ML                             | PÓ PARA SUSPENSÃO             | NÃO | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (duas vias) + Cartão SUS/RG |
| 70 | CEFALEXINA 500 MG                                 | COMPRIMIDO                    | NÃO | Dispensação Farmácia   |

|    |   |  |     |  |
|----|---|--|-----|--|
|    |   |  |     | Municipal<br>Receita branca<br>(duas vias) +<br>Cartão<br>SUS/RG                         |
| 71 | CEFTRIAXONA 500MG IM                      | PÓ PARA SOLUÇÃO<br>INJETÁVEL             | NÃO |  |
| 72 | CEFTRIAXONA 1G IM/IV                      | PÓ PARA SOLUÇÃO<br>INJETÁVEL             | NÃO |  |
| 73 | CETOCONAZOL 20MG/ML (2%)                  | XAMPU                                    | SIM |  |
| 74 | CETOCONAZOL 20 MG/G                       | CREME                                    | SIM |  |
| 75 | CETOCONAZOL 200 MG                        | COMPRIMIDO                               | NÃO |  |
| 76 | CETOPROFENO 50MG/ML IM                    | SOLUÇÃO INJETÁVEL                        | SIM | Dispensação Farmácia<br>Municipal<br>Receita branca<br>(duas vias) +<br>Cartão<br>SUS/RG |
| 77 | CETOPROFENO 100MG/ML IV                   | PÓ LIOFILIZADO PARA<br>SOLUÇÃO INJETÁVEL | SIM | Dispensação Farmácia<br>Municipal<br>Receita branca<br>(duas vias) +<br>Cartão<br>SUS/RG |
| 78 | CIPROFLOXACINO 500 MG, CLORIDRATO DE      | COMPRIMIDO                               | SIM | Dispensação Farmácia<br>Municipal<br>Receita branca<br>(duas vias) +<br>Cartão SUS       |
| 79 | CITALOPRAM 20MG                           | COMPRIMIDO                               | NÃO |  |
| 80 | CLINDAMICINA 300 MG                       | CÁPSULA                                  | NÃO |  |
| 81 | CLOBAZAM 10MG                             | COMPRIMIDO                               | NÃO |  |
| 82 | CLOBAZAM 20MG                             | COMPRIMIDO                               | NÃO |  |
| 83 | CLOMIPRAMINA 25 MG, CLORIDRATO DE         | COMPRIMIDO                               | NÃO |  |
| 84 | CLONAZEPAM 2MG                            | COMPRIMIDO                               | SIM | Dispensação Farmácia<br>Municipal<br>Notificação de<br>receita B +<br>Cartão<br>SUS/RG   |
| 85 | CLONAZEPAM 2,5MG/ML - GOTAS               | SOLUÇÃO ORAL                             | SIM | Dispensação Farmácia<br>Municipal<br>Notificação de<br>receita B +<br>Cartão<br>SUS/RG   |
|    | CLONAZEPAM 0,5MG                          | COMPRIMIDO                               | SIM | Dispensação Farmácia<br>Municipal<br>Notificação de receita<br>B + Cartão SUS/RG         |
|    | CLONAZEPAM 20MG/ML                        | GOTAS                                    | NÃO | Dispensação Farmácia<br>Municipal<br>Notificação de receita<br>B + Cartão SUS/RG         |
| 86 | CLOPIDOGREL 75 MG                         | COMPRIMIDO                               | NÃO |  |
| 87 | CLORETO DE SÓDIO 0,9% (9MG/ML)            | SOLUÇÃO NASAL                            | NÃO |  |
| 88 | CLORPROMAZINA 25 MG, CLORIDRATO DE        | COMPRIMIDO                               | NÃO |  |
| 89 | CLORPROMAZINA 40MG/ML, CLORIDRATO DE      | SOLUÇÃO ORAL                             | NÃO |  |
| 90 | CLORPROMAZINA 100 MG, CLORIDRATO DE       | COMPRIMIDO                               | NÃO |  |
| 91 | CLORTALIDONA 25MG                         | COMPRIMIDO                               | NÃO |  |
| 92 | COLAGENASE 0,6U/G + CLORANFENICOL 0,01G/G | POMADA                                   | SIM |  |
| 93 | COLECALCIFEROL (VITAMINA D3) 1.000 UI     | CÁPSULA                                  | NÃO |  |
| 94 | COLECALCIFEROL (VITAMINA D3) 2.000 UI     | CÁPSULA                                  | NÃO |  |
| 95 | COLECALCIFEROL (VITAMINA D3) 7.000 UI     | CÁPSULA                                  | NÃO |  |
| 96 | COLECALCIFEROL (VITAMINA D3) 200UI/GOTA   | SOLUÇÃO ORAL                             | NÃO |  |
| 97 | COMPLEXO B 2ML                            | SOLUÇÃO INJETÁVEL                        | SIM | Dispensação Farmácia<br>Municipal<br>Receita<br>simples +<br>Cartão SUS                  |
| 98 | DEXAMETASONA 0,1 MG/ML                    | ELIXIR                                   | NÃO |  |

|     |   |                   |     |   |
|-----|---|-------------------|-----|---|
| 99  | DEXAMETASONA 1 MG/G (0,1%)                | CREME             | NÃO | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS |
| 100 | DEXAMETASONA 4 MG                         | COMPRIMIDO        | NÃO |   |
| 101 | DEXAMETASONA 4MG/ML, FOSFATO DISSÓDICO DE | SOLUÇÃO INJETÁVEL | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS |
| 102 | DEXCLORFENIRAMINA 0,4 MG/ML, MALEATO DE   | SOLUÇÃO ORAL      | NÃO |   |
| 103 | DEXCLORFENIRAMINA 2 MG, MALEATO DE        | COMPRIMIDO        | NÃO |   |
| 104 | DIAZEPAM 5 MG/ML                          | SOLUÇÃO INJETÁVEL | NÃO |   |

|     |  |                   |     |  |
|-----|--|-------------------|-----|--|
| 105 | DIAZEPAM 5 MG  | COMPRIMIDO        | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Notificação de receita B + Cartão SUS/RG   |
| 106 | DIAZEPAM 10 MG   | COMPRIMIDO        | NÃO | Dispensação Farmácia Municipal<br>Notificação de receita B + Cartão SUS/RG   |
| 107 | DICLOFENACO SÓDICO 25 MG/ML  | SOLUÇÃO INJETÁVEL | NÃO |  |
| 108 | DIGOXINA 0,25 MG   | COMPRIMIDO        | NÃO | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS               |
| 109 | DIOSMINA COMPOSIÇÃO ASSOCIADA À HESPERIDINA, CONCENTRAÇÃO 450MG + 50MG | COMPRIMIDO        | NÃO |  |
| 110 | DIPIRONA 500 MG  | COMPRIMIDO        | SIM |  |
| 111 | DIPIRONA 500 MG/ML   | SOLUÇÃO ORAL      | NÃO |  |
| 112 | DIPIRONA 500 MG/ML   | SOLUÇÃO INJETÁVEL | NÃO |  |
| 113 | DOXAZOSINA 2 MG, MESILATO DE   | COMPRIMIDO        | NÃO |  |
| 114 | DOXAZOSINA 4 MG, MESILATO DE   | COMPRIMIDO        | NÃO |  |
| 115 | DOXICICLINA 100 MG, CLORIDRATO DE                                      | COMPRIMIDO        | NÃO |  |
| 116 | ENALAPRIL 5 MG, MALEATO DE   | COMPRIMIDO        | NÃO |  |
| 117 | ENALAPRIL 10 MG, MALEATO DE  | COMPRIMIDO        | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS               |
| 118 | ENALAPRIL 20 MG, MALEATO DE  | COMPRIMIDO        | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS               |
| 119 | EPINEFRINA (ADRENALINA) 1MG/ML IM/IV                                   | SOLUÇÃO INJETÁVEL | NÃO |  |
| 120 | ESCOPOLAMINA 10 MG, BUTILBROMETO DE                                    | COMPRIMIDO        | NÃO |  |
| 121 | ESCOPOLAMINA 10MG/ML, BUTILBROMETO DE                                  | SOLUÇÃO ORAL      | NÃO |  |
| 122 | ESCOPOLAMINA 20MG/ML, BUTILBROMETO DE                                  | SOLUÇÃO INJETÁVEL | NÃO |  |
| 123 | ESCOPOLAMINA 10 MG, BUTILBROMETO DE + DIPIRONA 250 MG                  | COMPRIMIDO        | NÃO |  |
| 124 | ESCOPOLAMINA 6,67MG/ML, BUTILBROMETO DE + DIPIRONA 333,4MG/ML          | SOLUÇÃO ORAL      | NÃO |  |
| 125 | ESCOPOLAMINA 4MG/ML, BUTILBROMETO DE + DIPIRONA 500MG/ML               | SOLUÇÃO INJETÁVEL | NÃO |  |
| 126 | ESPIRONOLACTONA 25 MG  | COMPRIMIDO        | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS               |
| 127 | ESPIRONOLACTONA 50 MG  | COMPRIMIDO        | NÃO |  |
| 128 | ESPIRONOLACTONA 100 MG   | COMPRIMIDO        | NÃO |  |
| 129 | ESTRIOL 1MG/G CREME VAGINAL  | CREME VAGINAL     | NÃO |  |
| 130 | FENITOÍNA 100 MG   | COMPRIMIDO        | NÃO |  |
| 131 | FENOBARBITAL 40MG/ML – GOTAS   | SOLUÇÃO ORAL      | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (duas vias) + Cartão SUS/RG |
| 132 | FENOBARBITAL 100 MG  | COMPRIMIDO        | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (duas vias) + Cartão SUS/RG |
| 133 | FINASTERIDA 5 MG   | COMPRIMIDO        | NÃO |  |
| 134 | FLUCONAZOL 150 MG  | CÁPSULA           | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS               |

|     |   |                           |     |   |
|-----|---|---------------------------|-----|---|
| 135 | FLUOXETINA 20MG, CLORIDRATO DE            | CÁPSULA                   | SIM |   |
| 136 | FUROSEMIDA 10MG/ML                        | SOLUÇÃO INJETÁVEL         | NÃO | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS               |
| 137 | FUROSEMIDA 40MG                           | COMPRIMIDO                | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS               |
| 138 | GLIBENCLAMIDA 5 MG                        | COMPRIMIDO                | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS               |
| 139 | GLICLAZIDA 30 MG                          | COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO   | NÃO | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS               |
| 140 | GLICLAZIDA 60 MG                          | COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO   | NÃO |   |
| 141 | GLICOSE 50% AMPOLA 10ML                   | SOLUÇÃO INJETÁVEL         | SIM |   |
| 142 | HALOPERIDOL 1 MG                          | COMPRIMIDO                | NÃO | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (duas vias) +<br>Cartão SUS/RG |
| 143 | HALOPERIDOL 2 MG/ML – GOTAS               | SOLUÇÃO ORAL              | NÃO |   |
| 144 | HALOPERIDOL 5 MG                          | COMPRIMIDO                | NÃO |   |
|     | HALOPERIDOL 70,52MG/ML                    | SOLUÇÃO INJETÁVEL         | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (duas vias) +<br>Cartão SUS/RG |
| 145 | HALOPERIDOL 50 MG/ML, DECANOATO DE        | SOLUÇÃO INJETÁVEL         | NÃO |   |
|     | HALOPERIDOL 5 MG/ML                       | SOLUÇÃO INJETÁVEL         | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (duas vias) +<br>Cartão SUS/RG |
| 146 | HIDRALAZINA 25MG, CLORIDRATO DE           | COMPRIMIDO                | NÃO |   |
| 147 | HIDROCLOROTIAZIDA 25MG                    | COMPRIMIDO                | NÃO | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS               |
| 148 | HIDROCORTISONA 10MG/G (1%), ACETATO DE    | CREME                     | NÃO |   |
| 149 | HIDROCORTISONA 100MG, SUCCINATO SÓDICO DE | PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL | NÃO |   |
| 150 | HIDROCORTISONA 500MG, SUCCINATO SÓDICO DE | PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL | NÃO |   |
| 151 | HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 61,5MG/ML           | SUSPENSÃO ORAL            | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS               |
| 152 | HIPROMELOSE 3MG/ML (0,3%)                 | SOLUÇÃO OFTÁLMICA         | NÃO |   |
| 153 | IBUPROFENO 50MG/ML                        | SUSPENSÃO ORAL            | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS               |
| 154 | IBUPROFENO 300MG                          | COMPRIMIDO                | NÃO | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS               |
| 155 | IBUPROFENO 600MG                          | COMPRIMIDO                | NÃO | Dispensação Farmácia Municipal  |



|     |   |                       |     |   |
|-----|---|-----------------------|-----|---|
|     |   |                       |     | Receita simples +<br>Cartão SUS                                   |
| 156 | IMIPRAMINA 25MG                                       | COMPRIMIDO            | NÃO |   |
| 157 | IPRATRÓPIO 0,25 MG/ML, BROMETO DE                     | SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO | SIM |   |
| 158 | INSULINA HUMANA NPH 100 UI/ML 10 ML FRASCO AMPOLA     | SUSPENSÃO INJETÁVEL   | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS |
| 159 | INSULINA HUMANA NPH 100 UI/ML 3 ML CANETA             | SUSPENSÃO INJETÁVEL   | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS |
| 160 | INSULINA HUMANA REGULAR 100 UI/ML 10 ML FRASCO AMPOLA | SOLUÇÃO INJETÁVEL     | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS |
| 161 | INSULINA HUMANA REGULAR 100 UI/ML 3 ML CANETA         | SOLUÇÃO INJETÁVEL     | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS |

|     |   |                     |     |   |
|-----|---|---------------------|-----|---|
| 162 | ITRACONAZOL 100 MG                                    | CÁPSULA             | NÃO |   |
| 163 | IVERMECTINA 6 MG                                      | COMPRIMIDO          | NÃO |   |
| 164 | LACTULOSE 667MG/ML                                    | XAROPE              | NÃO |   |
| 165 | LANCETAS PARA PUNÇÃO DIGITAL                          | UNIDADE             | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Cartão SUS                      |
| 166 | LEVODOPA 100 MG + BENZERASIDA 25 MG (APRESENTAÇÃO BD) | COMPRIMIDO          | NÃO |   |
| 167 | LEVODOPA 200 MG + BENZERASIDA 50 MG                   | COMPRIMIDO          | NÃO |   |
| 168 | LEVOMEPROMAZINA 25 MG                                 | COMPRIMIDO          | NÃO |   |
| 169 | LEVOMEPROMAZINA 40MG/ML – GOTAS                       | SOLUÇÃO ORAL        | NÃO |   |
| 170 | LEVOMEPROMAZINA 100MG                                 | COMPRIMIDO          | NÃO |   |
| 171 | LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL 0,15MG + 0,03 MG     | COMPRIMIDO          | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS |
| 172 | LEVONORGESTREL 0,75MG                                 | COMPRIMIDO          | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS |
| 173 | LEVOTIROXINA SÓDICA 25 MCG                            | COMPRIMIDO          | SIM |   |
| 174 | LEVOTIROXINA SÓDICA 50 MCG                            | COMPRIMIDO          | NÃO |   |
| 175 | LEVOTIROXINA SÓDICA 88 MCG                            | COMPRIMIDO          | NAO |   |
| 176 | LEVOTIROXINA SÓDICA 100 MCG                           | COMPRIMIDO          | SIM |   |
| 177 | LIDOCAÍNA 20MG/G (2%), CLORIDRATO DE                  | GEL                 | NÃO |   |
|     | LIDOCAÍNA 100MG/ML, HYLESTESIN                        | INEJÁVEL            | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS |
|     |   |                     |     |   |
| 178 | LORATADINA 1 MG/ML                                    | XAROPE              | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS |
| 179 | LORATADINA 10MG                                       | COMPRIMIDO          | SIM |   |
| 180 | LOSARTANA POTÁSSICA 50 MG                             | COMPRIMIDO          | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS |
| 181 | MECLOZINA 25MG, CLORIDRATO DE                         | COMPRIMIDO          | NÃO |   |
| 182 | MEDROXIPROGESTERONA, ACETATO 150 MG/ML                | SUSPENSÃO INJETÁVEL | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS |
| 183 | METFORMINA 500 MG, CLORIDRATO DE                      | COMPRIMIDO          | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS |
| 184 | METFORMINA 850 MG, CLORIDRATO DE                      | COMPRIMIDO          | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS |
| 185 | METILDOPA 250 MG                                      | COMPRIMIDO          | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS |
| 186 | METILDOPA 500 MG                                      | COMPRIMIDO          | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS |

|     |   |                         |     |  |
|-----|---|-------------------------|-----|--|
| 187 | METOCLOPRAMIDA 4 MG/ML, CLORIDRATO DE – GOTAS   | SOLUÇÃO ORAL            | NÃO |  |
| 188 | METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML, CLORIDRATO DE   | SOLUÇÃO INJETÁVEL       | NÃO |  |
| 189 | METOCLOPRAMIDA 10 MG, CLORIDRATO DE   | COMPRIMIDO              | NÃO |  |
| 190 | METOPROLOL 25 MG, SUCCINATO DE  | COMPRIMIDO DELIBERAÇÃO  | NÃO |  |
| 191 | METOPROLOL 50 MG, SUCCINATO DE  | COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO | NÃO |  |
| 192 | METOPROLOL 100 MG, SUCCINATO DE   | COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO | NÃO |  |
| 193 | METRONIDAZOL 40 MG/ML (BENZOILMETRONIDAZOL)   | SUSPENSÃO ORAL          | NÃO |  |
| 194 | METRONIDAZOL 100 MG/G (10%)   | GEL VAGINAL             | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (duas vias) + Cartão SUS/RG |
| 195 | METRONIDAZOL 250 MG   | COMPRIMIDO              | NÃO | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (duas vias) + Cartão SUS/RG |
| 196 | METRONIDAZOL 400 MG   | COMPRIMIDO              | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (duas vias) + Cartão SUS/RG |
| 197 | MICONAZOL 20 MG/G (2%), NITRATO DE - CREME DERMATOLÓGICO                                  | CREME                   | NÃO |  |
| 198 | MICONAZOL 20 MG/G (2%), NITRATO DE – CREME VAGINAL  | CREME VAGINAL           | SIM |  |
| 199 | MICONAZOL 20 MG/ML (2%), NITRATO DE   | LOÇÃO TÓPICA            | NÃO |  |
| 200 | MIKANIA AGLOMERATA – GUACO - CONCENTRAÇÃO/COMPOSIÇÃO: 0,5 A 5MG DE CUMARINA (DOSE DIÁRIA) | XAROPE                  | NÃO |  |
| 201 | MUPIROCINA 20 MG/G  | POMADA                  | NAO |  |
| 202 | NEOMICINA 5 MG/G + BACITRACINA 250 UI/G   | POMADA                  | NÃO |  |
| 203 | NIFEDIPINO 10 MG  | COMPRIMIDO              | NÃO |  |
| 204 | NIMESULIDA 50 MG/ML – GOTAS   | SOLUÇÃO ORAL            | NÃO |  |
| 205 | NIMESULIDA 100MG  | COMPRIMIDO              | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS               |
| 206 | NISTATINA - 25.000UI - CREME VAGINAL  | CREME VAGINAL           | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS               |
| 207 | NISTATINA 100.000 UI/ML   | SUSPENSÃO ORAL          | NÃO |  |
| 208 | NITROFURANTOÍNA 100MG   | CÁPSULA                 | NÃO |  |
| 209 | NORETISTERONA, ENANTATO DE + VALERATO DE ESTRADIOL 50MG/ML + 5 MG/ML                      | SOLUÇÃO INJETÁVEL       | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS               |
| 210 | NORETISTERONA 0,35MG  | COMPRIMIDO              | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS               |
| 211 | NORTRIPTILINA 10 MG, CLORIDRATO DE  | CÁPSULA                 | NÃO |  |
| 212 | NORTRIPTILINA 25 MG, CLORIDRATO DE  | CÁPSULA                 | NÃO |  |
| 213 | NORTRIPTILINA 50 MG, CLORIDRATO DE  | CÁPSULA                 | NÃO |  |
| 214 | NORTRIPTILINA 75 MG, CLORIDRATO DE  | CÁPSULA                 | NÃO |  |
| 215 | ÓLEO MINERAL  | ÓLEO                    | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS               |
| 216 | OMEPRAZOL 20 MG   | CÁPSULA                 | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS               |

|     |                                    |                   |     |   |
|-----|------------------------------------|-------------------|-----|---|
| 217 | ONDANSETRONA 2MG/ML, CLORIDRATO DE | SOLUÇÃO INJETÁVEL | NÃO |   |
| 218 | ONDANSETRONA 4 MG, CLORIDRATO DE   | COMPRIMIDO        | SIM | Dispensação Farmácia<br>Municipal<br>Receita<br>simples +<br>Cartão SUS |

|     |  |                   |     |   |
|-----|--|-------------------|-----|---|
| 219 | ONDANSETRONA 8 MG, CLORIDRATO DE   | COMPRIMIDO        | NÃO |   |
| 220 | OXCARBAZEPINA 60 MG/ML (6%)  | SUSPENSÃO ORAL    | NÃO |   |
| 221 | OXCARBAZEPINA 300 MG   | COMPRIMIDO        | NÃO |   |
| 222 | OXCARBAZEPINA 600 MG   | COMPRIMIDO        | NÃO |   |
| 223 | PARACETAMOL 200 MG/ML – GOTAS  | SOLUÇÃO ORAL      | NÃO |   |
| 224 | PARACETAMOL 500 MG   | COMPRIMIDO        | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS               |
| 225 | PAROXETINA 20 MG   | COMPRIMIDO        | NÃO |   |
| 226 | PERICLAZINA 10 MG/ML (1%)  | SOLUÇÃO ORAL      | NÃO |   |
| 227 | PERICLAZINA 40MG/ML (4%)   | SOLUÇÃO ORAL      | NÃO |   |
| 228 | PERMETRINA 10 MG/G (1%)  | LOÇÃO             | SIM | spensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS                 |
| 229 | PERMETRINA 50 MG/G (5%)  | LOÇÃO             | SIM | spensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS                 |
| 230 | PIRIMETAMINA 25MG  | COMPRIMIDO        | NÃO |   |
| 231 | POLIMIXINA B 10.000UI/ML, SULFATO DE + SULFATO DE NEOMICINA 3.500MG/ML + FLUOCINOLONA ACETONIDA 0,250MG/ML + CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA 20MG/ML | SOLUÇÃO OTOLÓGICA | NÃO |   |
| 232 | POLIVITAMÍNICO A-Z   | COMPRIMIDO        | NÃO |   |
| 233 | POLIVITAMÍNICO A-Z   | XAROPE            | NÃO |   |
| 234 | POLIVITAMÍNICO DO COMPLEXO B   | COMPRIMIDO        | NÃO |   |
|     | POLIVITAMÍNICO DO COMPLEXO B   | SOLUÇÃO INJETÁVEL | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS               |
| 235 | POLIVITAMÍNICO DO COMPLEXO B – GOTAS   | SOLUÇÃO ORAL      | NÃO |   |
| 236 | PREDNISOLONA 3MG/ML, FOSFATO SÓDICO DE   | SOLUÇÃO ORAL      | NÃO |   |
| 237 | PREDNISONA 5 MG  | COMPRIMIDO        | NÃO |   |
| 238 | PREDNISONA 20 MG   | COMPRIMIDO        | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS               |
| 239 | PREGABALINA 75 MG  | CÁPSULA           | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (duas vias) +<br>Cartão SUS/RG |
| 240 | PREGABALINA 150 MG   | CÁPSULA           | NÃO |   |
| 241 | PRESERVATIVO MASCULINO   | UNIDADE           | SIM |   |
| 242 | PRESERVATIVO FEMININO  | UNIDADE           | SIM |   |
| 243 | PROMETAZINA 25 MG, CLORIDRATO DE   | COMPRIMIDO        | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS               |
| 244 | PROMETAZINA 25 MG/ML, CLORIDRATO DE  | SOLUÇÃO INJETÁVEL | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS               |
| 245 | PROPRANOLOL 40 MG, CLORIDRATO DE   | COMPRIMIDO        | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS               |
| 246 | QUETIAPINA 25 MG, HEMIFUMARATO DE  | COMPRIMIDO        | NÃO |   |
| 247 | RISPERIDONA 1MG  | COMPRIMIDO        | NÃO | Dispensação Farmácia Municipal  |

|     |  |                       |     |  |
|-----|--|-----------------------|-----|--|
|     |  |                       |     | Receita branca (duas vias) + Cartão SUS/RG                                   |
| 248 | RISPERIDONA 1 MG/ML                                    | SOLUÇÃO ORAL          | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (duas vias) + Cartão SUS/RG |
| 249 | RISPERIDONA 2MG  | COMPRIMIDO            | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (duas vias) + Cartão SUS/RG |
| 250 | RISPERIDONA 3MG  | COMPRIMIDO            | SIM |  |
| 251 | RIVAROXABANA 10MG                                      | COMPRIMIDO            | NÃO |  |
| 252 | RIVAROXABANA 20MG                                      | COMPRIMIDO            | NÃO |  |
| 253 | SACCHAROMYCES BOULARDII 200MG                          | PÓ PARA SOLUÇÃO ORAL  | NÃO |  |
| 254 | SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL                             | PÓ PARA SOLUÇÃO ORAL  | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS               |
| 255 | SALBUTAMOL 0,5MG/ML, SULFATO DE                        | SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO | NÃO |  |
| 256 | SALBUTAMOL 100 MCG, SULFATO DE                         | AEROSOL ORAL          | NÃO |  |
|     | SECNIDAZOL 1000MG                                      | COMPRIMIDO            | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS               |
| 257 | SERINGA COM AGULHA ACOPLADA PARA APLICAÇÃO DE INSULINA | UNIDADE               | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Cartão SUS                                 |
| 258 | SERTRALINA 50MG, CLORIDRATO DE                         | COMPRIMIDO            | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (duas vias) + Cartão SUS/RG |
| 259 | SIMETICONA 75 MG/ML – GOTAS                            | EMULSÃO               | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS               |
| 260 | SINVASTATINA 10 MG                                     | COMPRIMIDO            | NÃO |  |
| 261 | SINVASTATINA 20 MG                                     | COMPRIMIDO            | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS               |
| 262 | SINVASTATINA 40 MG                                     | COMPRIMIDO            | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS               |
| 263 | SULFADIAZINA DE PRATA 10MG/G (1%)                      | CREME                 | SIM |  |
| 264 | SULFAMETOXAZOL 40 MG/ML + TRIMETOPRIMA 8 MG/ML         | SUSPENSÃO ORAL        | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita branca (duas vias) + Cartão SUS/RG |
| 265 | SULFAMETOXAZOL 400 MG + TRIMETOPRIMA 80 MG             | COMPRIMIDO            | NÃO |  |
| 266 | SULFATO FERROSO 5MG/ML (FERRO ELEMENTAR)               | XAROPE                | NÃO |  |
| 267 | SULFATO FERROSO 25MG/ML (FERRO ELEMENTAR) – GOTAS      | SOLUÇÃO ORAL          | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples + Cartão SUS               |

|     |  |            |     |   |
|-----|--|------------|-----|---|
| 268 | SULFATO FERROSO 40MG   | COMPRIMIDO | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Receita simples +<br>Cartão SUS |
| 269 | TIORIDAZINA 25 MG, CLORIDRATO DE   | COMPRIMIDO | NÃO |   |
| 270 | TIORIDAZINA 50 MG, CLORIDRATO DE   | COMPRIMIDO | NÃO |   |
| 271 | TIRAS REAGENTES DE MEDIDA DE GLICEMIA CAPILAR COMPATIVEL COM A MARCA DO APARELHO FORNECIDO PELO MUNICÍPIO ON CALL PLUS II. | UNIDADE    | SIM | Dispensação Farmácia Municipal<br>Cartão SUS                      |
| 272 | TOPIRAMATO 25 MG   | COMPRIMIDO | NÃO |   |
| 273 | TOPIRAMATO 50 MG   | COMPRIMIDO | NÃO |   |
| 274 | TOPIRAMATO 100 MG  | COMPRIMIDO | NÃO |   |
| 275 | TRAMADOL 50MG, CLORIDRATO DE   | COMPRIMIDO | NÃO |   |

|     |                                |                         |     |  |
|-----|--------------------------------|-------------------------|-----|--|
| 276 | TRAMADOL 100 MG, CLORIDRATO DE | COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO | NÃO |  |
| 277 | VALPROATO DE SÓDIO 50 MG/ML    | XAROPE                  | SIM |  |
| 278 | VALPROATO DE SÓDIO 500 MG      | COMPRIMIDO              | NÃO |  |
| 279 | VARFARINA SÓDICA 5 MG          | COMPRIMIDO              | NÃO |  |
| 280 | ZINCO, SULFATO 4 MG/ML         | XAROPE                  | NÃO |  |
| 281 | ZINCO, SULFATO 10MG            | COMPRIMIDO MASTIGÁVEL   | NÃO |  |
| 282 | ZOLPIDEM 10MG HEMITARTARATO DE | COMPRIMIDO              | NÃO |  |