

**DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ESTRELA DO NORTE**

# **REMUME**

**RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS**

**ATUALIZAÇÃO 2026**

**1ª EDIÇÃO**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
**"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"**

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

---

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Gestão 2021 - 2024**

**PREFEITO MUNICIPAL**

Dehon Aparecido Toso

**VICE PREFEITO**

Alberto Martins

**SECRETÁRIA DE SAÚDE**

Maria Denise da Silva Toso Padovan Santos

**MEMBROS EFETIVOS**

**Assistencia Farmacêutica**

Daniela Menotti Ribeiro Luz – CRF-SP: 38168

Emili Bruna Toso Bueno – CRF-SP: 103873

Regislene Alves Schneider Ferreira – CRF-SP: 76915



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
**"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"**

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

---

---

SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>2. RECOMENDAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS.....</b>	<b>5</b>
<b>3. DISPENSAÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>4. PRESCRITORES .....</b>	<b>11</b>
<b>5. MEDICAMENTOS DA RELAÇÃO MUNICIPAL.....</b>	<b>15</b>
5.1 ANTI-INFLAMATÓRIOS.....	15
5.2 MEDICAMENTOS DA PORTARIA 344/1998. ....	15
5.3 ANTIMICROBIANOS E ANTIBACTERIANOS. ....	17
5.4 ANTIPARASITÁRIOS, INSETICIDAS E REPELENTES.....	17
5.5 APARELHO DIGESTÓRIO E METABOLISMO .....	18
5.6 SANGUE E ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS. ....	19
5.7 APARELHO CARDIOVASCULAR .....	19
5.8 APARELHO GENITURINÁRIO E HORMÔNIOS .....	20
5.9 CORTICÓIDES .....	21
5.10 ANTIINFECCIOSOS PARA USO SISTEMICO .....	21
5.11 SISTEMA RESPIRATÓRIO .....	21
5.12 SISTEMA OCULAR.....	22
5.13 ANTITERMICOS E ANALGESICOS.....	22
5.14 DIVERSOS.....	23
<b>6. DISPENSAÇÃO DE TALIDOMIDA .....</b>	<b>24</b>
<b>7. ENDEREÇO DO LOCAL DE ACESSO DOS MEDICAMENTOS.....</b>	<b>24</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>26</b>
<b>ANEXO 2.....</b>	<b>28</b>
<b>ANEXO3.....</b>	<b>30</b>
<b>ANEXO4.....</b>	<b>33</b>



## 1. APRESENTAÇÃO

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constituem instrumentos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência sanitária à população. A promoção do **uso racional de medicamentos** por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, dispensação e consumo, é uma das principais diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Com base á essas considerações, é com grande satisfação que a Prefeitura Municipal de Estrela do Norte/SP, através da Divisão Municipal de Saúde apresenta a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME e o protocolo de dispensação de medicamentos da farmácia da Unidade Básica de Saúde, que representa o avanço das ações implementadas pelo Município.

A REMUME e o protocolo de dispensação foi elaborado pela Comissão de Farmácia e Terapêutica do Município composta por uma equipe multiprofissional formada por médico, farmacêuticos, enfermeiros e odontólogos. Esta Relação de Medicamentos deve orientar a organização da assistência farmacêutica, especialmente as prescrições no âmbito do Sistema Único de Saúde, servindo de subsídios para o uso racional de medicamentos e conseqüentemente, da atenção á saúde da população.

A REMUME elenca medicamentos de uso ambulatorial e hospitalar disponíveis no âmbito Municipal. Todos os medicamentos estão acompanhados de concentração, forma e apresentação farmacêutica.

A elaboração da RENAME e do protocolo primeira edição da REMUME apoiou-se nos seguintes instrumentos legais:

- O Secretário Municipal de Saúde, no uso de suas atribuições, considerando que a Secretaria Municipal de Saúde, através da Assistência Farmacêutica Municipal, tem por objetivo estabelecer as estratégias para garantir o acesso e promover o uso racional de medicamentos na rede municipal de saúde;
- Considerando a Lei Federal nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos e seu regulamento, o Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974;
- Considerando a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- Considerando Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999 que altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

---

---

- 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências;
- Considerando a Portaria GM – MS 3.916, de 30 de outubro de 1998, que aprova a Política Nacional de Medicamentos;
- Considerando a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial e suas atualizações;
- Considerando a Resolução do CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica;
- Considerando a Resolução nº 586 de 29 de agosto de 2013, que regulamenta a prescrição farmacêutica;
- Considerando Resolução nº 555 de 30 de novembro de 2011, que regulamenta o registro, a guarda e manuseio de informações da prática da assistência farmacêutica;
- Considerando a RDC nº 44 de 17 de agosto de 2009, que estabelece as boas práticas farmacêuticas;
- Considerando a normativa nº 86 de 12 de março de 2021, que define medicamentos isentos de prescrição;
- Considerando a RDC nº 20, de 5 de maio de 2011, que dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação;
- Considerando as legislações e os Códigos de Ética que regulamentam o exercício profissional de Enfermagem, Farmácia, Medicina e Odontologia;
- Considerando os Programas, Protocolos e/ou Rotinas estabelecidos pelo Ministério da Saúde no âmbito do SUS;
- E considerando a necessidade de garantir maior segurança ao paciente quanto ao processo de prescrição e dispensação de medicamentos;
- Portaria MS Nº 3435 de 08/12/2021.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

---

---

## **2. RECOMENDAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

### **2.1 Prescrição**

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as prescrições devem adotar obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira – DCB (ou seja, o nome genérico da substância ativa), instituída pela Portaria nº 1.179, de 17 de junho de 1996 da ANVISA – ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI), conforme determina o art. 3º da Lei Federal nº 9.787/1999. 2.1.1

A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) deve ser norteadora das prescrições de medicamentos na rede de serviços municipal do SUS.

2.1 - A prescrição poderá ser emitida em via simples, salve em casos que deverá obedecer a Legislação, tais como Medicamentos de controle especial, antimicrobianos, em português compreensível e por extenso, em letra legível, observada a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais, em consonância com o art. 35, da Lei nº 5.991/73, além de conter:

I - nome do paciente;

II - nome do medicamento e concentração; III -  
posologia e quantidade a ser dispensada;

IV - nome do profissional prescriptor, com o respectivo carimbo contendo o número de registro no conselho da classe;

V - data e assinatura.

2.1.2 - A prescrição não poderá conter rasuras;

### **2.2 Prescrição de Medicamentos Antimicrobianos**

Os medicamentos antimicrobianos devem ser prescritos e dispensados de acordo com a RDC nº 20 de 5 de maio de 2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Abaixo estão as orientações necessárias para prescrição de antimicrobianos na alta hospitalar ou para uso ambulatorial.

#### **Receituário:**

Não há modelo específico de receituário. A prescrição de medicamentos antimicrobianos deverá ser realizada em receituário privativo do prescriptor ou do estabelecimento de saúde. A receita deve ser prescrita de forma legível, sem rasuras, em 2 (duas) vias e contendo os seguintes dados obrigatórios:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
**"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"**

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

---

---

I identificação do paciente: nome completo, idade e sexo;

II nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dose ou concentração, forma farmacêutica, posologia e quantidade;

III identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no Conselho Regional, assinatura e marcação gráfica (carimbo);

IV data da emissão.

- É importante ressaltar que o receituário não deve conter medicamentos sujeitos a controle especial de outras classes terapêuticas. No entanto, é permitida a prescrição de medicamentos não enquadrados nesta categoria.

- Não há limitação do número de itens contendo medicamentos antimicrobianos por receita.

- A receita de antimicrobianos é válida por 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.

- Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90 (noventa) dias a contar da data de sua emissão. Para isto, a receita deverá conter a indicação de uso contínuo, com a quantidade a ser utilizada para cada 30 (trinta) dias.

### **2.3 Prescrição de Medicamentos Controlados – Portaria n. 344/98**

As receitas de medicamentos sujeitos ao controle especial deverão atender à Portaria nº 344/98 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, sob todos os aspectos.

2.3.1 A Notificação de Receita (NR) é o documento que, acompanhado da receita autoriza a dispensação de medicamentos das listas A1 e A2 (Entorpecentes), A3, B1 (Psicotrópicas), B2 (Psicotrópicas Anorexígenas), C2 (Retinóicos para Uso Sistêmico) e C3 (Imunossupressoras).

2.3.2 As Notificações de Receitas tipo “A” possuem cor amarela, são utilizadas para medicamentos relacionados na lista A1 e A2 (Entorpecentes) e A3 (Psicotrópicos), são válidas em todo território nacional e tem validade de 30 dias após a prescrição. A quantidade máxima a ser dispensada por prescrição é para 30 dias de tratamento. Possui também o limite de 05 (cinco) ampolas de medicamento injetável por prescrição.

2.3.3 As Notificações de Receitas tipo “B1” possuem cor azul, são utilizadas para medicamentos relacionados na lista B1 (Psicotrópicos), são válidas somente no Estado emitente e tem validade de 30 dias após a prescrição. A quantidade máxima a ser dispensada por prescrição é para 60 dias de tratamento. Possui também o limite de 05 (cinco) ampolas de injetável por prescrição.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
**"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"**

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

---

---

2.3.4 As Notificações de Receitas tipo "B2" possuem cor azul, são utilizadas para medicamentos relacionados na lista B2 (Psicotrópicos Anorexígenos), são válidas somente no Estado emissor e tem validade de 30 dias após a prescrição. A quantidade máxima a ser dispensada por prescrição é para 30 dias de tratamento.

2.3.5 As Notificações de Receita tipo "C2" possuem cor branca, são utilizadas para medicamentos relacionados nas listas C2 (Substâncias Retinóides de Uso Sistêmico), são válidas somente no Estado emissor e tem validade de 30 dias após a prescrição. A quantidade máxima a ser dispensada por prescrição é para 30 dias de tratamento. Deve vir acompanhada do Termo de Consentimento de Risco e Consentimento Pós-Infirmação.

2.3.6 As Notificações de Receita tipo "C3" possuem cor branca, são utilizadas para medicamentos relacionados nas listas C3 (Imunossuppressores), são válidas somente no Estado emissor e tem validade de 20 dias após a prescrição (conforme RDC nº. 11/2011). A quantidade máxima a ser dispensada por prescrição é para 30 dias de tratamento. Deve vir acompanhada do Termo de Esclarecimento para Usuário de Talidomida e Termo de Responsabilidade.

2.3.7 As Notificações de Receita deverão estar preenchidas de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos por extenso, sem emenda ou rasura. Devem conter somente uma substância e ficarão retidas na farmácia no momento retirada do medicamento. A Notificação NÃO substitui a Receita.

2.3.8 A Receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível. A quantidade prescrita deverá estar em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial) e "C5" (anabolizantes) da Portaria nº. 344/98 e de suas atualizações. Deverá ser preenchida em 02 (duas) vias, manuscrita, datilografada ou informatizada, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia" e "2ª via - Orientação ao Paciente".

2.3.9 A dispensação dos medicamentos prescritos nas Receitas de Controle Especial, à base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial) e "C5" (anabolizantes) da Portaria nº. 344/98 e de suas atualizações, em qualquer forma farmacêutica ou apresentação, é privativo da farmácia e somente poderá ser efetuado mediante receita, sendo a "1ª via - Retida no estabelecimento farmacêutico" e a "2ª via - Devolvida ao Paciente", com o carimbo comprovando o atendimento.

2.3.10 A prescrição de medicamentos à base de substâncias antirretrovirais (lista "C4"), só poderá ser feita por médico e será dispensada nas farmácias do Sistema Único de Saúde, em formulário próprio estabelecido pelo programa de DST/AIDS, onde a receita ficará retida. Ao



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

---

---

paciente, deverá ser entregue um receituário médico com informações sobre seu tratamento.

2.3.11 A prescrição poderá conter em cada receita, no máximo 03 (três) substâncias constantes da lista "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial) da Portaria nº. 344/98 e de suas atualizações, ou medicamentos que as contenham.

2.3.12 A prescrição de antirretrovirais poderá conter em cada receita, no máximo 05 (cinco) substâncias constantes da lista "C4" (antirretrovirais) da Portaria nº. 344/98 e de suas atualizações, ou medicamentos que as contenham.

2.3.13 A quantidade prescrita de cada substância constante da lista "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial) e "C5" (anabolizantes), da Portaria nº. 344/98 e de suas atualizações, ou medicamentos que as contenham, ficará limitada a 05 (cinco) ampolas e para as demais formas farmacêuticas, a quantidade para o tratamento correspondente a no máximo 60 (sessenta) dias.

2.3.14 No caso de prescrição de substâncias ou medicamentos antiparkinsonianos e anticonvulsivantes, a quantidade ficará limitada até 06 (seis) meses de tratamento.

2.3.15 É vedado a transcrição e a emissão de repetição dos medicamentos constantes nessa portaria por qualquer outro profissional que não seja o médico. Observação: O registro em prontuário não é considerado uma transcrição de receita.

### **3. DISPENSAÇÃO**

Os medicamentos padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde serão fornecidos gratuitamente, aos pacientes residentes no município de Estrela do Norte/SP que tenham passado por consulta na unidade de saúde do município, hospitalar ou não, desde que obedeçam aos requisitos. Não serão aceitas cópias (fotocópia, carbonada) das receitas.

- A dispensação de medicamentos nas unidades dispensadoras somente ocorrerá mediante a apresentação do receituário, conforme normas já descritas.
- É vedado o atendimento de receituários contendo rasuras.
- A primeira via do receituário deve ficar retida na farmácia onde será arquivada por um período de 5 (cinco) anos para fins administrativos e a segunda via deverá ser entregue ao paciente.
- É obrigatório no ato do fornecimento e dispensação do medicamento:
  - Quando a quantidade total do medicamento for prescrita em caixas, e o tempo total de duração de tratamento não estiver expresso na prescrição, considerar 01 (uma) caixa equivalente a 30 comprimidos ou quantidade mais próxima, a fim de evitar o fracionamento da cartela.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
**"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"**

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

---

---

Quando o espaço entre os comprimidos/drágeas/cápsulas for insuficiente para o corte da cartela, o fracionamento deve ser evitado.

- No caso de medicamentos prescritos **“se necessário”, “se dor”, “se febre”**, como por exemplo, Paracetamol gotas e Ibuprofeno 300 mg, em que não há especificado na prescrição o tempo de tratamento, serão fornecidos respectivamente **01 (um) frasco e/ou 10 (dez) comprimidos**.

- A receita de antimicrobianos é válida, por 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão; a dispensação de antimicrobianos deve atender essencialmente ao tratamento prescrito. Será sempre retida na farmácia a 1º via da receita de acordo com RDC nº 20 de 05 de Maio de 2011. Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90 (noventa) dias a contar da data de sua emissão. Na situação descrita a receita deverá conter a indicação de uso contínuo, com a quantidade a ser utilizada para cada 30 (trinta) dias.

- Da dispensação dos medicamentos controlados – Portaria SVS/MS nº 344/98. A quantidade dispensada dos medicamentos controlados de uso contínuo será no máximo para 60 (sessenta) dias de tratamento. A validade dos receituários de medicamentos controlados será de 30 (trinta) dias a partir da data de emissão.

- **Dispensação de medicamento via protocolo:**

- A dispensação de **uso contínuo** será para **30 (trinta) dias** por um período de 180 dias (6 meses), tendo o paciente que apresentar cópia da receita ou o cartão do usuario para retirar o medicamento em cada mês.

- Receituário de **USO CONTINUO de OMEPRAZOL**, só será atendido para 90 dias (03 meses) quando o médico for especialista (gastroenterologista) ou clínico com justificativa no verso da receita, senão, será dispensada quantidade para 30 (trinta) dias de tratamento conforme posologia.

- No caso de tratamentos relativos aos programas do Ministério da Saúde, a receita/prescrição e a dispensação deverão atender às diretrizes do programa. Ex.: Saúde da Mulher, Dose Certa, Diabete, HiperDia.

- **Dispensação de Medicamentos de Uso Contínuo**

❖ **Fica restrito a prescrição de medicamentos, que não fazem parte de protocolos desta**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

---

---

**unidade para uso contínuo.**

- Podem ser prescritos como medicamentos de uso contínuo, conforme as classes farmacológicas descritas na REMUME:

I – Medicamentos que atuam sobre o Sistema Cardiovascular e Renal; II –

Medicamentos Hipolipemiantes;

III – Insulinas e Medicamentos Antidiabéticos Orais; IV

– Medicamentos Contraceptivos;

V – Hormônios Tireoidianos;

VI – outras classes farmacológicas, quando para uso crônico.

- Cabe ao prescritor definir se o tratamento é contínuo (na prescrição), devendo, obrigatoriamente, registrar o termo uso contínuo.
- Será fornecida quantidade de medicamento de uso contínuo para um período máximo de 30 (trinta) dias de tratamento, ficando a critério do farmacêutico a reavaliação dos casos em acompanhamento farmacoterapêutico.
- Quando escrito na receita uso indeterminado, entenda-se que o mesmo será dispensado para 30 dias.
- Para o fornecimento de medicamentos de uso contínuo, o usuário deverá utilizar a 1ª via do receituário, cartão SUS ou cartão do usuário, para retirar o(s) medicamento(s) mensalmente, durante o prazo estabelecido pelo prescritor, desde que não exceda 180 (cento e oitenta) dias, onde será registrada a entrega e solicitado ao paciente um novo receituário para os próximos meses.
- Os pacientes deverão trazer junto com a receita original, documentos de identificação e cartão do SUS, para retirada dos medicamentos.
- No último mês da validade da receita, o profissional deverá orientar e registrar por escrito, na própria receita, que o usuário deve renovar sua receita para que possa retirar seus medicamentos no mês seguinte. Comprovando não ter conseguido a consulta no período que compreende o vencimento da receita e a nova reavaliação, a receita passará a ter validade até o dia da nova consulta.

**- Das disposições finais**

- Fica vetada a dispensação/fornecimento de medicamentos para menores de 16 (dezesseis) anos desacompanhados.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
**"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"**

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

---

---

- Para dispensação/fornecimento de medicamentos psicotrópico e sujeitos a controle especial, a idade mínima de 18 (dezoito) anos será exigida, além de documento de identifica o oficial com foto conforme a legisla o federal.

#### **4. PRESCRITORES**

##### **4.1 ENFERMEIRO**

- Com base na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem n  7.498 de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto n  94.406 de 08 de junho de 1987, pela Resolu o COFEN 159/93 que dispõe sobre a Consulta de Enfermagem e também pela Resolu o COFEN 358/2009 que dispõe sobre a Sistematiza o da Assistência de Enfermagem, o enfermeiro durante o processo da consulta de enfermagem poderá prescrever os medicamentos previamente estabelecidos neste protocolo contantes no anexo 1 para um período de até 30 dias. Nos casos de usuários com diabetes mellitus e hipertensão arterial sist mica, desde que estáveis, o enfermeiro manter  a prescri o iniciada pelo médico, contando que:
  - O paciente esteja presente   consulta de enfermagem;
  - A prescri o medica para o tratamento de diabetes e hipertensão poderá ser renovada apenas uma vez ao ano pelo enfermeiro sendo a próxima renova o semestral subsequente obrigatoriamente deve ser realizada pelo médico.
  - A última receita apresentada pelo usuário (ou existente no prontuário) não esteja vencida há mais de 30 dias, ou seja, que o usuário não esteja sem o uso dos medicamentos no momento;
  - O paciente não apresente sintomas ou demandas que exijam avalia o médica imediata;
  - O enfermeiro, no momento da consulta, observe a adesão e os conhecimentos do usuário sobre o uso dos medicamentos prescritos e realize educa o do usuário sobre o uso correto dos mesmos, incluindo orienta es sobre dose, frequência de uso, intera es medicamentosas e com alimentos, e possíveis efeitos adversos;
  - O enfermeiro, no momento da consulta ou outra atividade relacionada, oriente e incentive medidas não medicamentosas (exercício, dieta, cessaq o do tabagismo, etc.) para o controle da doenq a de base, quando pertinente;
  - Se o paciente possuir problemas cognitivos (mesmo que em decorrência de idade avanq ada), que o mesmo esteja acompanhado porrespons vel/cuidador.

Não seja realizada a retirada de medicamentos prescritos por profissional médico ou alteraq o da dose/posologia. Havendo questionamentos quanto   necessidade de uso, rea es adversas ou qualquer



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

---

---

outro problema relacionado ao medicamento, o enfermeiro deverá encaminhar o usuário à consulta médica, discutindo o caso com o médico da equipe e na ausência desse, outro

- médico da unidade/referência deverá ser acionado, reavaliação médica deve ocorrer com periodicidade máxima de 6 meses.
- A Resolução **COFEN nº 358/2009** estabelece, que os enfermeiros estão autorizados a prescrever medicamentos isentos de prescrição médica (MIPs), conforme regulamentação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e normas estabelecidas pela instituição de saúde onde atuam. A norma não especifica uma lista específica de MIPs que os enfermeiros podem prescrever, mas delega essa competência aos profissionais dentro dos limites legais e éticos estabelecidos. Portanto, os enfermeiros devem seguir os protocolos e diretrizes da instituição de saúde, bem como estar cientes das regulamentações da ANVISA relacionadas aos medicamentos isentos de prescrição. Além disso, a resolução enfatiza que a prescrição de MIPs pelos enfermeiros deve ser realizada dentro do âmbito de sua competência técnica e científica, respeitando sempre o bem-estar e a segurança dos pacientes. **Art. 4º** Ao enfermeiro, observadas as disposições da **Lei nº 7.498**, de 25 de junho de 1986 e do **Decreto nº 94.406**, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

#### **4.2 FARMACEUTICO**

- **Com base na Resolução nº 586 de 29 de agosto de 2013**, Art. 1º - Regular a prescrição farmacêutica, nos termos desta resolução e Art. 2º - O ato da prescrição farmacêutica constitui prerrogativa do farmacêutico legalmente habilitado e registrado no Conselho Regional de Farmácia de sua jurisdição.
- A realização da prescrição farmacêutica constitui uma atribuição clínica do profissional farmacêutico que, para realizá-la, precisa levar em consideração a real necessidade do paciente, não se esquecendo das evidências científicas e sempre de acordo como os princípios éticos, que balizam a profissão farmacêutica, assim como as políticas da saúde vigente. Dessa forma, é de



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

---

---

extrema importância sempre termos como base principalmente a tríade: ética - necessidade do paciente - evidência científica.

- O farmacêutico poderá realizar a prescrição de medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica. Conhecidos como MIPs – lista constante no anexo 2, incluindo medicamentos industrializados e preparações magistrais - alopáticos ou dinamizados -, plantas medicinais, drogas vegetais e outras categorias ou relações de medicamentos que venham a ser aprovadas pelo órgão sanitário federal para prescrição do farmacêutico.
- O ato da prescrição farmacêutica poderá ocorrer em diferentes estabelecimentos farmacêuticos, desde que respeitado o princípio da confidencialidade, incluindo consultórios ou algum serviço de saúde, seja municipal ou mesmo estadual

#### **4.3 DENTISTA**

- Cirurgiões-dentistas são profissionais da saúde legalmente aptos a prescrever, conforme estabelecido na Portaria Ministério da Saúde - MS nº 1.625 de 10 de julho de 2007.
- Compete ao Cirurgiões-dentistas a prescrição e aplicação de especialidades farmacêuticas de uso interno e externo para tratamento de agravos relativos à saúde bucal e é vedada ao Cirurgião Dentista a prescrição de medicamentos para tratamento de agravos que não sejam da competência da Odontologia.
- Os medicamentos comuns na rotina da prescrição odontológica são antissépticos, analgésicos, antibióticos e anti-inflamatórios não esteroides - AINES, com menos frequência, os corticosteroides.
- Dentre os psicofármacos que podem ser prescritos pelo Cirurgiões-dentistas estão os analgésicos opiáceos fracos derivados, sintéticos ou não, da morfina e outros utilizados no tratamento de nevralgia do trigêmeo, de disfunções da articulação temporomandibular (DTM) e de dores neuropáticas. Em pacientes ansiosos e/ou fóbicos, podem ser usados ansiolíticos somente no pré e pós operatório.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
**"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"**

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

---

---

**LISTA DE ABREVIATURAS**

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais CBAF -

Componente Básico da Assistência Farmacêutica CEAF -

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica CESAF -

Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica mg/ml -

Miligramas por Mililitro

mg/g - Miligrama por Grama

mg - Miligrama

ml - Mililitro

mcg - Microcentigrama

UI - Unidade Internacional SUS -

Sistema Único de Saúde



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
**"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"**

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

**5. MEDICAMENTOS DA RELAÇÃO MUNICIPAL - REMUME**

Nº	Denominação Genérica	Concentração/ Composição	Forma Farmacêutica
<b>5.1 ANTI-INFLAMATÓRIOS</b>			
1.	DICLOFENACO SÓDICO	50 MG	COMPRIMIDO
2.	DICLOFENACO DIETILAMÔNIO	11,6 MG/G	GEL
3.	DICLOFENACO SÓDICO	25 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
4.	IBUPROFENO	50MG/ML	SUSPENSÃO ORAL
5.	IBUPROFENO	100 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL
6.	IBUPROFENO	300 MG	COMPRIMIDO
7.	NIMESULIDA	100 MG	COMPRIMIDO
8.	NIMESULIDA	50 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL
9.	CETOPROFENO	50MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
10.	CETOPROFENO	100MG/ML	PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL

Nº	Denominação Genérica	Concentração/ Composição	Forma Farmacêutica
<b>5.2 MEDICAMENTOS DA PORTARIA 344/1998</b>			
1.	ÁCIDO VALPRÓICO	250 MG	CÁPSULA OU COMPRIMIDO
2.	CARBAMAZEPINA	400 MG	COMPRIMIDO
3.	CARBONATO DE LÍTIO	300 MG	COMPRIMIDO
4.	CLONAZEPAM	2 MG	COMPRIMIDO
5.	CLORIDRATO DE AMITRIPTILINA	25 MG	COMPRIMIDO
6.	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA	25 MG	COMPRIMIDO
7.	CLORIDRATO DE BIPERIDENO	2 MG	COMPRIMIDO



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

8.	CLORIDRATO DE CLOMIPRAMINA	25 MG	COMPRIMIDO
9.	CLORIDRATO CLORPROMAZINA	100 MG	COMPRIMIDO
10.	CLORIDRATO DE FLUOXETINA	20 MG	CÁPSULA
11.	CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA	25 MG	CÁPSULA
12.	CLORIDRATO DE TRAMADOL	100 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
13.	DECANOATO DE HALOPERIDOL	50 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
14.	DESVENLAFAXINA	50MG	COMPRIMIDO
15.	DESVENLAFAXINA	100MG	COMPRIMIDO
16.	DIAZEPAM	10 MG	COMPRIMIDO
17.	DIAZEPAM	5 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
18.	EPINEFRINA	1MG/ML	INJETÁVEL
19.	ESCITALOPRAM	10 MG	COMPRIMIDO
20.	FENITOÍNA	100 MG	COMPRIMIDO
21.	FENOBARBITAL	100 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
22.	FENOBARBITAL	100 MG	COMPRIMIDO
23.	LEVOMEPRIMETAZINA	25 MG	COMPRIMIDO
24.	HALOPERIDOL	5 MG	COMPRIMIDO
25.	MORFINA	30 MG	COMPRIMIDO
26.	RISPERIDONA	1 MG	COMPRIMIDO
27.	RISPERIDONA	2MG	COMPRIMIDO
28.	RISPERIDONA	1MG/ML	SOLUÇÃO ORAL
29.	SULFATO DE MORFINA	10 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
30.	TRAZODONA	50 MG	COMPRIMIDO



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
**"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"**

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

Nº	Denominação Genérica	Concentração/ Composição	Forma Farmacêutica
----	----------------------	-----------------------------	--------------------



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
**"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"**

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

**5.3 ANTIMICROBIANOS E ANTIBACTERIANOS**

1.	AMOXICILINA	50MG/ML	SUSPENSÃO ORAL
2.	AMOXICILINA	500 MG	CÁPSULA OU COMPRIMIDO
3.	AMOXICILINA+CLAVULANATO	50 MG/ML+12,5 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL
4.	AZITROMICINA	500 MG	COMPRIMIDO
5.	AZITROMICINA	40 MG/ML	PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL
6.	BENZILPENICILINA BENZATINA	1.200.000 UL	PÓ SUSP. INJ.
7.	CEFALEXINA	500 MG	CÁPSULA OU COMPRIMIDO
8.	CEFALEXINA	50 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL
9.	CEFTRIAXONA	500 MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL
10.	CIPROFLOXACINO	500 MG	COMPRIMIDO
11.	GENTAMICINA	40MG/ML	INJETÁVEL
12.	METRONIDAZOL	250 MG	COMPRIMIDO
13.	METRONIDAZOL	100 MG/G (10%)	GEL VAGINAL
14.	NITROFURANTOINA	100 MG	COMPRIMIDO
15.	NITROFURANTOINA	100 MG	CÁPSULA
16.	NORFLOXACINO	400 MG	COMPRIMIDO
17.	SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIMA	40 MG/ML + 8 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL
18.	SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIMA	400 MG + 80 MG	COMPRIMIDO
19.	SULFATO DE NEOMICINA+BACITRACINA	5 MG/G+250UL/G	POMADA DERMATOLÓGICA
20.	TOBRAMICINA	3MG/ML	SOLUÇÃO OFTÁLMICA

Nº	Denominação Genérica	Concentração/ Composição	Forma Farmacêutica
<b>5.4 ANTIPARASITÁRIOS, INSETICIDAS E REPELENTE</b>			
1.	ALBENDAZOL	400 MG	COMPRIMIDO MASTIGÁVEL



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

Nº	Denominação Genérica	Concentração/ Composição	Forma Farmacêutica
<b>5.5 APARELHO DIGESTÓRIO E METABOLISMO</b>			
1.	BROMOPRIDA	4MG/ML	SOLUÇÃO ORAL
2.	BROMOPRIDA	10MG	COMPRIMIDO
3.	BROMOPRIDA	10MG/2ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
4.	CLORIDRATO DE METFORMINA	850 MG	COMPRIMIDO
5.	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA	5 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
6.	CLORIDRATO DE ONDASETRONA	4 MG 8 MG	COMPRIMIDO
7.	CLORIDRATO DE TIAMINA	300 MG	COMPRIMIDO
8.	DIMENIDRINATO + PIRIDOXINA + GLICOSE+ FRUTOSE	3MG/5MG/100MG/10 0MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
9.	DIMENIDRINATO+PIRIDOXIN A	50MG/ML+ 50MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
10.	GLIBENCLAMIDA	5 MG	COMPRIMIDO
11.	GLICLAZIDA	30 MG	COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA
12.	GLICLAZIDA	60 MG	COMPRIMIDO
13.	HIDROXIDO DE ALUMÍNIO	60 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL
14.	INSULINA HUMANA NPH	100 UI/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
15.	INSULINA HUMANA REGULAR	100 UI/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
16.	LEVOTIROXINA	25MCG	COMPRIMIDO
17.	LEVOTIROXINA	50MCG	COMPRIMIDO
18.	LEVOTIROXINA	100MCG	COMPRIMIDO
19.	OMEPRAZOL	20 MG	CÁPSULA



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
**"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"**

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

20.	OMEPRAZOL	40MG/ML	INJETAVEL
21.	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL	CL. DE SÓDIO, GLICOSE ANIDRA, CL. DE POTÁSSIO, CITRATO DE SÓDIO DI-HIDRATADO	PÓ PARA SOLUÇÃO ORAL
22.	SIMETICONA	75 MG/ML	SOLUÇÃO ORAL
23.	SULFATO DE ATROPINA	0,25 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL

Nº	Denominação Genérica	Concentração/ Composição	Forma Farmacêutica
<b>5.6 SANGUE E ÓRGÃOS HEMATOPOIETICOS</b>			
1.	ACIDO ACETILSALICÍLICO	100 MG	COMPRIMIDO
2.	ÁCIDO FÓLICO	5 MG	COMPRIMIDO
3.	ÁCIDO FÓLICO	0,2 MG/ML	SOLUÇÃO ORAL
4.	CLOPIDOGREL	75 MG	COMPRIMIDO
5.	SULFATO FERROSO	40 MG	COMPRIMIDO
6.	SULFATO FERROSO	125MG/ML	GOTAS

Nº	Denominação Genérica	Concentração/ Composição	Forma Farmacêutica
<b>5.7 APARELHO CARDIOVASCULAR</b>			
1.	ANLODIPINO	5 MG	COMPRIMIDO
2.	ATENOLOL	25 MG 50 MG	COMPRIMIDO
3.	CAPTOPRIL	25 MG	COMPRIMIDO
4.	CLORIDRATO DE AMIODARONA	50 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
5.	CLORIDRATO DE	200 MG	COMPRIMIDO



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
**"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"**

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

6.	AMIODARONA		
7.	CLORIDRATO DE PROPRANOLOL	40 MG	COMPRIMIDO
8.	FUROSEMIDA	40 MG	COMPRIMIDO
9.	FUROSEMIDA	10 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
10.	HIDROCLOROTIAZIDA	25 MG	COMPRIMIDO
11.	MALEATO DE ENALAPRIL	10 MG	COMPRIMIDO
12.	MESILATO DE DOXAZOSINA	2 MG	COMPRIMIDO
13.	METILDOPA	250 MG	COMPRIMIDO
14.	NIFEDIPINO	20 MG	COMPRIMIDO

Nº	Denominação Genérica	Concentração/ Composição	Forma Farmacêutica
<b>5.9 APARELHO GENITURINÁRIO E HORMÔNIOS</b>			
1.	ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA	150 MG/ML	SUSPENSÃO INJETÁVEL
2.	ENANTATO DE NORETISTERONA + VALERATO DE ESTRADIOL	50 MG/ML+ 5 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
3.	ETINILESTRADIOL+LEVONOR GESTR EL	0,03 MG + 0,15 MG	COMPRIMIDO
4.	NORETISTERONA	0,35 MG	COMPRIMIDO
5.	NISTATINA	100.000 UI/4 G	CR. VAGINAL
6.	ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL	0,003MG + 0,15MG	COMPRIMIDO
7.	LEVONORGESTREL	0,75 MG	COMPRIMIDO



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
**"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"**

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

Nº	Denominação Genérica	Concentração/ Composição	Forma Farmacêutica
<b>5.10 CORTICOIDES</b>			
1.	ACETATO DE BETAMETASONA + FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA	3 MG/ML + 3 MG/ML	SUSPENSÃO INJETÁVEL
2.	ACETATO DE DEXAMETASONA	1MG/G	POMADA
3.	FOSFATO DISSÓDICO DE DEXAMETASONA	4 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
4.	FOSFATO SÓDICO DE PREDNISOLONA	3 MG/ML	SOLUÇÃO ORAL
5.	PREDNISONA	20 MG	COMPRIMIDO
6.	SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA	500 MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

Nº	Denominação Genérica	Concentração/ Composição	Forma Farmacêutica
<b>5.11 ANTIINFECCIOSOS PARA USO SISTEMICO/TÓPICO</b>			
1.	ACICLOVIR	200 MG	COMPRIMIDO
2.	ACICLOVIR	50MG/G	POMADA
3.	FLUCONAZOL	150 MG	CÁPSULA

Nº	Denominação Genérica	Concentração/ Composição	Forma Farmacêutica
<b>5.12 APARELHO RESPIRATÓRIO</b>			
1.	ACEBROFILINA	50 MG/ML	XAROPE ADULTO
2.	ACEBROFILINA	5 MG/ML	XAROPE INFANTIL



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
**"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"**

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

3.	AMINOFILINA	24MG/ML	INJETAVEL
4.	BROMETO DE IPRATRÓPIO	0,25 MG/ML	SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO
5.	BUDESONIDA	50 MCG	SUSPENSÃO PARA INALAÇÃO NASAL
6.	CLORETO DE SÓDIO	0,9% (9 MG/ML)	SOLUÇÃO NASAL
7.	LORATADINA	10 MG	COMPRIMIDO
8.	LORATADINA	1 MG/ML	XAROPE
9.	MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA	0,4 MG/ML	XAROPE OU SOLUÇÃO ORAL
10.	SALBUTAMOL	100MCG	SUSPENSÃO AEROSOL

Nº	Denominação Genérica	Concentração/ Composição	Forma Farmacêutica
<b>5.13 SISTEMA OCULAR</b>			
1.	HIPROMELOSE + DEXTRANA	1MG/ML + 3MG/ML	SOLUÇÃO OFTÁLMICA
2.	TOBRAMICINA	3 MG/ML	SOLUÇÃO OFTÁLMICA

Nº	Denominação Genérica	Concentração/ Composição	Forma Farmacêutica
<b>5.14 ANTITERMICO E ANALGESICO</b>			
1.	DIPIRONA	500MG	COMPRIMIDO
2.	DIPIRONA	50MG/5ML	SOLUÇÃO ORAL
3.	DIPIRONA	500MG/ML	SOLUÇÃO INJETAVEL
4.	PARACETAMOL	500 MG	COMPRIMIDO



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

5.	PARACETAMOL	200MG/ML	SOLUÇÃO ORAL
----	-------------	----------	--------------

**5.15 DIVERSOS**

1.	ACETONIDA TRIANCINOLONA	1MG/G	ORALBASE
	ACETATO DE RETINOL+COLECALCIFEROL	5.000/1.000UI	GOTAS
2.	ÁCIDO ASCORBICO	100MG/ML (5ML)	SOLUÇÃO INJETÁVEL
3.	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA	10 MG/ML	SOLUÇÃO INJETAVEL
4.	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA+D IPIRONA	6,67/303,4MG/ML	SOLUÇÃO ORAL
5.	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA+DIPIRON A	20MG/5ML+2,5MG/5 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
6.	CICLOBENZAPRINA	5 MG	COMPRIMIDO
7.	CINARIZINA	75 MG	COMPRIMIDO
8.	CLORIDRATO DE PROMETAZINA	25 MG	COMPRIMIDO
9.	CLORIDRATO DE PROMETAZINA	25 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
10.	COMPLEXO B	4+1+2+20+3MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL
11.	COMPLEXO B		COMPRIMIDO
12.	FLUANCINOLONA ACETONILA + NEOMICINA + POLIMIXINA + LIDOCAINA	0,275MG / 3,85 MG / 11.000 UI / 20 MG	SOLUÇÃO OTOLÓGICA
13.	FLUNARIZINA	10 MG	COMPRIMIDO
14.	GLICOSE	50 MG/ML (5%)	SOLUÇÃO INJETÁVEL
15.	GLICOSE	25 MG/ML (20%)	SOLUÇÃO INJETÁVEL
16.	LACTULOSE	667MG/ML	XAROPE



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
**"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"**

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

17.	OLEO MINERAL	100%	XAROPE
18.	RETINOL + COLICALCIFEROL + HIDROXIDO DE ZINCO	1.000 UI + 400 UI +100 MG	POMADA

**6. DISPENSAÇÃO DE TALIDOMIDA (RDC Nº 11/2011 e RDC Nº 24/2012)**

A talidomida será dispensada somente mediante a notificação de receita de talidomida acompanhada do termo de responsabilidade/esclarecimento, devidamente preenchido e assinado pelo prescritor e paciente. Na notificação só pode conter o medicamento talidomida e a mesma tem validade por 20(vinte) dias a partir da data de sua emissão e somente dentro da Unidade Federativa onde foi emitida. A quantidade por notificação de receita não poderá ser superior ao tratamento de 30 (trinta) dias. O termo de responsabilidade deverá ser feito em 3 vias, sendo que a primeira fica retida no prontuário do paciente, a segunda ficará retida na farmácia básica e a terceira via devolvida ao paciente.

Os prescritores da talidomida devem ter cadastro na autoridade sanitária competente (Vigilância Estadual).

A talidomida está indicada para os seguintes CIDs: A30(hanseníase), B23- 8(DST/AIDS úlcera aftóides idiopática), M32(lúpus eritematoso), Y83.0 (doença enxerto x hospedeiro), C90 (mieloma múltiplo). Outras patologias não contempladas anteriormente dever ter autorização especial da ANVISA.

O local de dispensação da talidomida é exclusivamente na farmácia básica.

**7. ENDEREÇO DO LOCAL DE ACESSO DOS MEDICAMENTOS**

**Farmácia Básica Municipal**  
**Rua: João Marinho, nº 72 – Centro**  
**Cep: 19230-000 – Estrela do Norte/SP**  
**Telefone: (18) 3999-1222**

Estrela do Norte, 22 de ABRIL de 2022 / atualização 10/04/2024.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
**"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"**

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

---

---

ELABORAÇÃO	DANIELA MENOTTI RIBEIRO LUZ
	FARMACÊUTICA – CRF/SP 38168
	VISTO:

ELABORAÇÃO	EMILI BRUNA TOSO BUENO
	FARMACÊUTICA – CRF/SP 103873
	VISTO:

COLABORAÇÃO	REGISLENE ALVES SCHNEIDER FERREIRA
	FARMACÊUTICA – CRF/SP 76915
	VISTO:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
**"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"**

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

**ANEXO 1**

Prescrições que podem ser realizada pela enfermagem, segundo a LEI 7.498, 25 DE JUNHO DE 1986 e Protocolo de Enfermagem na Atenção primaria a saúde – Ministério da Saúde.

Prescrição farmacológica durante o **Pré-Natal pelo enfermeiro.**

	Prescrição
1.	Paracetamol 500-750 mg de 6/6 horas. Dipirona 500-1000mg, 6/6horas
2.	Escopolamina 10mg, de 8/8 horas. Risco C.
3.	Dimenidrato 50 mg + Cloridrato de piridoxina 10 mg de 6/6 horas(Não exceder 400 mg/dia). Risco B; Metoclopramida 10 mg, de 8/8 horas. Risco C.
4.	Metildopa 750 a 2.000 mg/dia. Risco B;Nifedipino de 10 a 80 mg/dia. Risco C.
5.	Hidróxido de alumínio, 10-15 ml (duas colheres de chá a uma co-lher de sopa) após as refeições e ao deitar-se. Baixo Risco;
6.	Soro fisiológico nasal com 2 a 4 gotas em cada narina, 3 a 4 vezesao dia ou o suficiente para manter as narinas úmidas.
7.	Dipirona 500 mg 6/6 horas.
8.	Nistatina solução oral - passar na mucosa oral da criança 1 conta- gotas (1ml) ou 0,5ml em cada bochecha, 4 vezes ao dia por 14 dias.Risco B.
9.	Ácido fólico 400µg ou 0,4 mg, dose única diária. Risco A.
10.	Ferro elementar  Sulfato Ferroso 200 mg = 40 mg/dia de ferro elementar, indicadono conhecimento da gravidez até o 3º mês pós-parto; Recomenda-se ingerir a medicação com sucos cítricos, longe das refeições. Risco C/D.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
**"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"**

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

11	Hidróxido de alumínio, 2 a 4 comprimidos mastigáveis após as refeições e ao deitar-se, ou; Hidróxido de alumínio via oral, 10 ml após as refeições(uma colher de sopa) 2 a 4 vezes ao dia
12.	Hioscina, 1 cápsula, via oral,12/12horas.
13.	Miconazol creme vaginal 2%.Deve ser aplicado na vagina com uso de aplicador próprio.A dose é correspondente a 01 aplicador completamente preenchido com (5g), uma vez ao dia, ao deitar, durante7 dias consecutivos; Obs.: Usar preferencialmenteantifúngico tópico por sete dias (em qualquer idade ges- tacional; Não usar tratamento sistê-mico.
14.	Metronidazol creme vaginal100mg/g - 01 aplicador via vaginal ao deitar-se, por 7 diasconsecutivos.
15.	Simeticona 40-80mg de 6/6 horas (caso flatulência); RiscoB.

Prescrição farmacológica na **saúde da mulher pelo enfermeiro**

1.	Nistatina creme vaginal 100000UI,
2.	Metronidazol creme vaginal100mg/g
3.	Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
**"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"**

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

**ANEXO 2**

Renovações de receita que podem ser realizadas pela enfermagem referente aos diabeticos, hipertensos e anticoncepcionais.

Hipoglicemiantes e Anti-hipertensivos

1.	Acido Acetil Salicilico 100mg
2.	Anlodipino 5mg
3.	Amiodarona 200mg
4.	Atenolol 25mg
5.	Captopril 25mg
6.	Enalapril 10mg
7.	Furosemida 40mg
8.	Glibenclamida 5mg
9.	Glicazida 30 e 60mg
10.	Hidroclorotiazida 25mg
11.	Metformina 850mg
12.	Metildopa 250mg
13.	Nifedipino 20mg
14.	Propranolol 40mg
15.	Insulina NPH e REGULAR

Contraceptivos (Saúde da mulher).

1	Medroxiprogesterona 150mg/mL
---	------------------------------



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
**"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"**

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

---

---

2	Medroxiprogesterona + Estradiol 25mg+5mg/mL
3	Levonorgestrel + Etinilestradiol 0,15/0,03
4	Noretisterona + Estradiol 50mg/mL + 5mg/mL
5	Levonorgestrel 0,75mg



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
**"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"**

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

**ANEXO 3**

Lista de Medicamentos MIPS PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA que contém na Unidade Básica de Saúde

n	Fármaco	Subgrupo terapêutico ou farmacológico	Forma farmacêutica	Concentração máxima	Indicação terapêutica simplificada
2.	Butilbrometo de escopolamina + dipirona	A03D - Antiespasmódicos em associação com analgésicos	Comprimido revestido	10 + 250 mg	Alívio de cólicas gastrintestinais, das vias biliares, dos órgãos sexuais e das vias urinárias.
3.	Butilbrometo de escopolamina + dipirona	A03D - Antiespasmódicos em associação com analgésicos	Solução oral	6,667 + 333,4 mg/mL	Alívio de cólicas gastrintestinais, das vias biliares, dos órgãos sexuais e das vias urinárias.
4.	Carbonato de cálcio	A02A - Antiácidos	Comprimido mastigável	750 mg	Alívio da azia e dor de estômago devido à má digestão.
5.	Cetoconazol	D01A - Antifúngicos de uso local	Creme dermatológico	20 mg/g	Micoses superficiais de pele.
7.	Dextrana + hipromelose	S01X - Outros produtos oftalmológicos	Solução oftálmica	1 + 3 + 2 mg/mL	Lubrificante oftálmico / lágrima artificial.
8.	Diclofenaco dietilamônio	M02A - Produtos para dor articular e muscular de uso local	Solução dermatológica	11,6 mg/g	Dor e inflamação do sistema musculoesquelético.
9.	Dipirona	N02B - Analgésicos e antipiréticos	Comprimido, comprimido efervescente	1000 mg	Dor e febre.
10.	Dipirona	N02B - Analgésicos e antipiréticos	Solução oral	500 mg/mL	Dor e febre.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
**"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"**

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

11.	Dipirona	N02B - Analgésicos e antipiréticos	Supositório	300 mg	Dor e febre.
12.	Hidróxido de alumínio	A02A - Antiácidos	Suspensão oral	120 + 41,5 + 7 mg/mL	Alívio da azia, eructação e flatulência.
13.	Ibuprofeno	N02B - Analgésicos e antipiréticos	Suspensão oral	100 mg/mL	Febre. Dores leves a moderadas, incluindo as associadas a gripes e resfriados comuns.
14.	Ibuprofeno	N02B - Analgésicos e antipiréticos	Comprimido revestido de liberação prolongada	300mg	Febre. Dores leves a moderadas, incluindo as associadas a gripes e resfriados comuns, musculares, cefaleia, enxaqueca e traumatismos.
15.	Lactulose	A06A - Laxantes	Solução oral, xarope	667 mg/mL	Laxativo. Prisão de ventre. Encefalopatia hepática.
16.	Loratadina	R06A - Anti-histamínicos para uso sistêmico	Comprimido, comprimido revestido	10 mg	Sintomas da rinite alérgica. Sintomas de urticária ou alergias de pele.
17.	Loratadina	R06A - Anti-histamínicos para uso sistêmico	Solução oral	1 mg/mL	Sintomas da rinite alérgica. Sintomas de urticária ou alergias de pele.
18.	Maleato de dexclorfeniramina	R06A - Anti-histamínicos para uso sistêmico	Solução oral	2,8 mg/mL	Sintomas da rinite alérgica. Sintomas de urticária ou alergias de pele, eczemas. Picada de insetos. Conjuntivite alérgica. Dermatite atópica.
19.	Oxido de zinco + Vitamina A + Vitamina D	D02A- Emolientes e protetores de uso local	Creme dermatológico	1000UI/g 400UIg/100mg/g	Pele seca e áspera. Irritações da pele de pequena intensidade provocada pela exposição ao sol.
20.	Paracetamol	N02B - Analgésicos e antipiréticos	Comprimido revestido	500 mg	Febre. Dores leves a moderadas, incluindo as associadas a gripes e resfriados comuns.
21.	Paracetamol	N02B - Analgésicos e antipiréticos	Solução oral	200 mg/mL	Febre. Dores leves a moderadas, incluindo as associadas a gripes e resfriados comuns.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
**"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"**

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

22.	Paracetamol + carisoprodol + caféina	N02B - Analgésicos e antipiréticos	Comprimido	350 + 150 + 50 mg	Dores musculares leves a moderadas.
23.	<i>Saccharomyces boulardii</i>	A07F - Microrganismos antidiarreicos	Cápsula dura, pó oral	250 mg	Diarreias de diferentes causas. Restauração da flora intestinal.
24.	Sulfato de neomicina + bacitracina zíncica	D06A - Antibióticos de uso local	Pomada dermatológica	5 mg/g + 250 UI/g	Infecções bacterianas da pele e mucosas, como impetigo e furúnculo. Eczemas e queimaduras infectados. Úlcera cutânea. Profilaxia de infecções cutâneo-mucosas decorrentes de ferimentos cortantes.
25.	Sulfato ferroso	B03 - Antianêmicos	Comprimido revestido	190 mg	Anemias por deficiência de ferro.
26.	Sulfato ferroso	B03 - Antianêmicos	Solução oral	125 mg/mL	Anemias por deficiência de ferro.



## **ANEXO 4**

### **CONTROLE E INVENTÁRIO DE ESTOQUE DA FARMÁCIA**

A farmácia realiza inventário periódico de estoque com o objetivo de garantir a rastreabilidade, segurança, organização e disponibilidade adequada dos medicamentos e demais produtos armazenados. O processo é conduzido de forma sistemática, permitindo maior confiabilidade nas informações do estoque físico e do sistema informatizado.

O planejamento do inventário é realizado preferencialmente em dias de menor fluxo de atendimento. Mensalmente são efetuadas a organização das prateleiras, separação de medicamentos vencidos ou próximos ao vencimento, bem como a conferência das condições de armazenamento dos produtos.

Os medicamentos são organizados conforme lote e validade, respeitando o método PEPS (Primeiro a Entrar, Primeiro a Sair), garantindo que os produtos com validade mais próxima sejam dispensados prioritariamente, reduzindo perdas por vencimento.

A contagem física do estoque é realizada mensalmente, utilizando registros manuais e conferência no sistema Hórus. Durante esse processo são verificados os quantitativos presentes nas prateleiras, estoque e medicamentos sujeitos a controle especial, assegurando a rastreabilidade e conformidade dos registros.

Posteriormente, os dados coletados são confrontados com os saldos apresentados no sistema informatizado, permitindo a identificação e correção de divergências. Sempre que necessário, são efetuados ajustes referentes a perdas, quebras, doações, vencimentos ou demais movimentações que interfiram na acuracidade do estoque.

O controle de estoque é realizado por meio do sistema Hórus, no qual são registradas as entradas e saídas de medicamentos em tempo real. O sistema possibilita maior controle operacional, monitoramento contínuo do estoque e suporte às tomadas de decisão relacionadas ao abastecimento da unidade.

Para o planejamento de compras, são analisados os dados de consumo médio mensal



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTRELA DO NORTE**  
**"DIVISÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO"**

Rua Joao Marinho, 72 - Bairro Centro - CEP: 19.230-000 - Estrela do Norte - São Paulo  
Cx. Postal, 333 ☎ (18) 3999-1222 ✉ pmesaude@estreladonorte.sp.gov.br

---

---

(CMM), histórico de dispensação, tempo de reposição dos fornecedores e possíveis atrasos nos processos licitatórios. As quantidades de reposição são definidas considerando margem de segurança para evitar desabastecimento.

Os pedidos de medicamentos são realizados por meio da empresa CIOP, levando em consideração o prazo de entrega, vigência das licitações e necessidade mensal da unidade. As solicitações são elaboradas com base em planilhas de acompanhamento atualizadas mensalmente em programa Excel.

A farmácia possui padronização de estoque mínimo e máximo para os medicamentos, estabelecida conforme demanda, giro dos produtos e tempo necessário para reposição.

O estoque mínimo corresponde à quantidade de segurança mantida para suprir a demanda durante o período de reposição, prevenindo faltas ocasionadas por atrasos de entrega ou aumento do consumo.

O estoque máximo representa o limite superior de armazenamento permitido para cada item, sendo definido com a finalidade de evitar excesso de produtos, otimizar o espaço físico, reduzir desperdícios e minimizar perdas relacionadas ao vencimento de medicamentos.

Dessa forma, o gerenciamento de estoque é realizado de maneira contínua e sistematizada, assegurando maior eficiência operacional, segurança no armazenamento e disponibilidade adequada dos medicamentos para atendimento à população.