



## RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)

A presente Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), resulta de análise técnica criteriosa da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) instituída pela Portaria Municipal nº 478/2025, considerando evidências científicas, protocolos clínicos, segurança, qualidade e custo-efetividade.

A publicação da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) tem o objetivo de garantir acesso público às decisões que orientam a Assistência Farmacêutica Municipal, fortalecendo a gestão racional de recursos e a oferta de terapias essenciais à população.

Atualizada em: **23/12/2025** — Periodicidade de atualização: **conforme necessidade**.

<b>RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS - 2025</b>			
<b>Item</b>	<b>Denominação Comum Brasileira</b>	<b>Concentração</b>	<b>Apresentação</b>
1	Acetato de betametasona + fosfato dissódico de betametasona	3mg/mL +3mg/mL	<b>Suspensão injetável</b>
2	Acetato de medroxiprogesterona	150mg/mL	<b>Suspensão injetável</b>
3	Acetilcisteína	20mg/mL	<b>Xarope</b>
4	Acetilcisteína	40mg/mL	<b>Xarope</b>
5	Aciclovir sódico	200mg	<b>Comprimido</b>
6	Aciclovir sódico creme	50mg/g	<b>Creme</b>
7	Ácido acetilsalicílico	100mg	<b>Comprimido</b>
8	Ácido fólico	0,20mg/mL	<b>Solução oral</b>
9	Ácido fólico	5mg	<b>Comprimido</b>
10	Ácido valpróico (Valproato sódio)	250mg	<b>Cápsula</b>
11	Ácido valpróico (Valproato sódio)	50mg/mL	<b>Xarope</b>
12	Ácido valpróico (Valproato sódio)	500mg	<b>Comprimido</b>
13	Albendazol	40mg/mL	<b>Suspensão oral</b>
14	Albendazol	400mg	<b>Comprimido Mastigável</b>
15	Alendronato sódio	70mg	<b>Comprimido</b>
16	Alopurinol	100mg	<b>Comprimido</b>
17	Alopurinol	300mg	<b>Comprimido</b>
18	Amiodarona cloridrato	200mg	<b>Comprimido</b>
19	Amitriptilina cloridrato	25mg	<b>Comprimido</b>
20	Amitriptilina cloridrato	75mg	<b>Comprimido</b>
21	Amoxicilina	50mg/mL	<b>Pó para suspensão oral</b>
22	Amoxicilina	500mg	<b>Cápsula</b>



23	Amoxicilina + clavulanato de potássio	50mg/mL +12,5mg/mL	<b>Pó para suspensão oral</b>
24	Amoxicilina + clavulanato de potássio	500mg+125mg	<b>Comprimido</b>
25	Anlodipino	10mg	<b>Comprimido</b>
26	Anlodipino	5mg	<b>Comprimido</b>
27	Atenolol	25mg	<b>Comprimido</b>
28	Atenolol	50mg	<b>Comprimido</b>
29	Atorvastatina	20mg	<b>Comprimido</b>
30	Atorvastatina	40mg	<b>Comprimido</b>
31	Azitromicina	40mg/mL	<b>Pó para suspensão oral</b>
32	Azitromicina	500mg	<b>Comprimido</b>
33	Beclometasona dipropionato	250mcg	<b>Solução para inalação oral</b>
34	Beclometasona dipropionato	50mcg	<b>Solução para inalação oral</b>
35	Benzilpenicilina benzatina	1.200.000UI	<b>Pó para suspensão injetável</b>
36	Betametasona + Cetoconazol + Neomicina	20 + 0,64 + 2,5mg	<b>Creme</b>
37	Biperideno cloridrato	2mg	<b>Comprimido</b>
38	Budesonida	32mcg	<b>Solução para inalação nasal</b>
39	Budesonida	50mcg	<b>Solução para inalação nasal</b>
40	Bupropiona cloridrato	150mg	<b>Comprimido revestido</b>
41	Butilbrometo de Escopolamina + Dipirona	10mg+250mg	<b>Comprimido</b>
42	Cabergolina	0,5mg	<b>Comprimido</b>
43	Captopril	25mg	<b>Comprimido</b>
44	Carbamazepina	20mg/mL	<b>Suspensão oral</b>
45	Carbamazepina	200mg	<b>Comprimido</b>
46	Carbonato de cálcio + colecalciferol	1.250mg (500mg de cálcio) + 400UI	<b>Comprimido</b>
47	Carbonato de lítio	300mg	<b>Comprimido</b>
48	Carmelose	5mg/mL	<b>Solução Oftálmica</b>
49	Carvedilol	12,5mg	<b>Comprimido</b>
50	Carvedilol	3,125mg	<b>Comprimido</b>
51	Cefalexina	50mg/mL	<b>Pó para suspensão oral</b>
52	Cefalexina	500mg	<b>Comprimido</b>
53	Cetoconazol	2%	<b>Xampu</b>
54	Cianocobalamina	5000UI	<b>Solução Injetável</b>
55	Ciclobenzaprina	5mg	<b>Comprimido</b>
56	Cilostazol	50mg	<b>Comprimido</b>
57	Ciprofloxacino cloridrato	500mg	<b>Comprimido</b>





58	Claritromicina	500mg	<b>Comprimido</b>
59	Clomipramina cloridrato	25mg	<b>Comprimido</b>
60	Clonazepam	2,5mg/mL	<b>Solução oral</b>
61	Clonazepam	2mg	<b>Comprimido</b>
62	Clonidina	0,100mg	<b>Comprimido</b>
63	Clopidogrel bissulfato	75mg	<b>Comprimido</b>
64	Cloreto de sódio	0,9% (9mg/mL)	<b>Solução Nasal</b>
65	Clorpromazina cloridrato	100mg	<b>Comprimido</b>
66	Clorpromazina cloridrato	25mg	<b>Comprimido</b>
67	Clorpromazina cloridrato	40mg/mL	<b>Solução oral</b>
68	Colecalciferol	200UI/ml	<b>Solução oral</b>
69	Colecalciferol	2.000UI	<b>Comprimido</b>
70	Colecalciferol	50.000UI	<b>Comprimido</b>
71	Colecalciferol	7000UI	<b>Comprimido</b>
72	*Dapagliflozina	10mg	<b>Comprimido</b>
73	Desloratadina	0,5mg/mL	<b>Xarope</b>
74	Desogestrel	0,75mg	<b>Comprimido</b>
75	Dexametasona	1mg/g	<b>Creme</b>
76	Dexclorfeniramina maleato	2mg	<b>Comprimido</b>
77	Dexclorfeniramina maleato	0,4mg/mL	<b>Xarope</b>
78	Diazepam	10mg	<b>Comprimido</b>
79	Diazepam	5mg	<b>Comprimido</b>
80	Digoxina	0,25mg	<b>Comprimido</b>
81	Diosmina + Hesperidina	450+50mg	<b>Comprimido</b>
82	Dipirona sódica	500mg	<b>Comprimido</b>
83	Dipirona sódica	500mg/mL	<b>Solução oral</b>
84	Doxazosina mesilato	2mg	<b>Comprimido</b>
85	Doxazosina mesilato	4mg	<b>Comprimido</b>
86	Doxiciclina	100mg	<b>Comprimido</b>
87	Dropropizina	3mg/mL	<b>Xarope</b>
88	Duloxetina	30mg	<b>Cápsula</b>
89	Enalapril maleato	10mg	<b>Comprimido</b>
90	Enalapril maleato	20mg	<b>Comprimido</b>
91	Enantato de noretisterona + valerato de estradiol	50+5mg/mL	<b>Solução injetável</b>
92	Enoxaparina	40mg/0,4ml	<b>Solução injetável</b>
93	Escitalopram	10mg	<b>Comprimido</b>
94	Escitalopram	20mg	<b>Comprimido</b>
95	Escopolamina	10mg	<b>Comprimido</b>
96	Espironolactona	25mg	<b>Comprimido</b>
97	Espironolactona	50mg	<b>Comprimido</b>
98	Estriol	1mg/g	<b>Creme vaginal</b>
99	Fenitoína sódica	100mg	<b>Comprimido</b>
100	Fenobarbital sódico	100mg	<b>Comprimido</b>
101	Fenobarbital sódico	40mg/mL	<b>Solução oral</b>
102	Ferripolimaltose	50mg/mL	<b>Solução Oral</b>
103	Finasterida	5mg	<b>Comprimido</b>



104	Fluconazol	150mg	Cápsula
105	Fluocinolona Acetonida + Sulfato de Neomicina + Sulfato de Polimixina B + Cloridrato de Lidocaína.	0,250 mg/mL + 10.000 UI/mL + 3,50 mg/mL + 20 mg/ml	Solução Otológica
106	Fluoxetina cloridrato	20mg	Cápsula
107	Fluoxetina cloridrato	20mg/mL	Solução Oral
108	Fosfomicina trometamol	8g	Sachê granulado
109	Furosemida	40mg	Comprimido
110	Gliclazida	30mg	Comprimido de liberação prolongada
111	Gliclazida	60mg	Comprimido de liberação prolongada
112	Haloperidol	2mg/mL	Solução oral
113	Haloperidol	5mg	Comprimido
114	Haloperidol decanoato	50mg/mL	Solução injetável
115	Hidralazina cloridrato	50mg	Comprimido
116	Hidroclorotiazida	25mg	Comprimido
117	Hidrocortisona	10mg/g	Pomada
118	Ibuprofeno	50mg/mL	Solução oral
119	Ibuprofeno	600mg	Comprimido
120	Insulina - NPH	100UI/mL	Solução injetável
121	Insulina - Regular	100UI/mL	Solução injetável
122	Isossorbida dinitrato	5mg	Comprimido sublingual
123	Isossorbida mononitrato	20mg	Comprimido
124	Isossorbida mononitrato	40mg	Comprimido
125	Itraconazol	100mg	Cápsula
126	Ivermectina	6mg	Comprimido
127	Lactulose	667mg/mL	Xarope
128	Latanoprostá	0,05mg/mL	Solução Oftálmica
129	Levodopa + benserazida	100+25mg	Comprimido
130	Levodopa + benserazida	200+50mg	Comprimido
131	Levodopa + carbidopa	250+25mg	Comprimido
132	Levonorgestrel	0,75mg	Comprimido
133	Levonorgestrel + etinilestradiol	0,15+0,03mg	Comprimido
134	Levotiroxina	100mcg	Comprimido
135	Levotiroxina	50mcg	Comprimido
136	Levotiroxina	25mcg	Comprimido
137	Levotiroxina	37,5mcg	Comprimido
138	Levotiroxina	88mcg	Comprimido
139	Loratadina	10mg	Comprimido
140	Losartana potássica	50mg	Comprimido
141	Meclizina	25mg	Comprimido
142	Metformina Cloridrato	500mg	Comprimido de liberação prolongada
143	Metformina Cloridrato	850mg	Comprimido





144	Metildopa	250mg	<b>Comprimido</b>
145	*Metilfenidato	10mg	<b>Comprimido</b>
146	Metoclopramida cloridrato	10mg	<b>Comprimido</b>
147	Metoclopramida cloridrato	4mg/mL	<b>Solução Oral</b>
148	Metoprolol succinato	50mg	<b>Comprimido de liberação prolongada</b>
149	Metoprolol succinato	100mg	<b>Comprimido de liberação prolongada</b>
150	Metronidazol	250mg	<b>Comprimido</b>
151	Metronidazol	100mg/g	<b>Creme vaginal</b>
152	Miconazol nitrato	20mg/g	<b>Creme</b>
153	Miconazol nitrato	20mg/g	<b>Creme vaginal</b>
154	Mometasona	50mcg	<b>Solução Nasal</b>
155	Neomicina Sulfato + bacitracina	5mg/g+250UI/g	<b>Pomada</b>
156	Nifedipino	10mg	<b>Comprimido</b>
157	Nimesulida	100mg	<b>Comprimido</b>
158	Nistatina	100.000UI/mL	<b>Suspensão oral</b>
159	Nitrofurantoína	100mg	<b>Cápsula</b>
160	Noretisterona	0,35mg	<b>Comprimido</b>
161	Nortriptilina cloridrato	25mg	<b>Cápsula</b>
162	Nortriptilina cloridrato	50mg	<b>Cápsula</b>
163	Omeprazol	20mg	<b>Cápsula</b>
164	Ondasetrona cloridrato	4mg	<b>Comprimido</b>
165	Ondasetrona cloridrato	8mg	<b>Comprimido</b>
166	Pantoprazol	40mg	<b>Comprimido</b>
167	Paracetamol	200mg/mL	<b>Solução oral</b>
168	Paracetamol	500mg	<b>Comprimido</b>
169	Paracetamol + codeína	500mg+30mg	<b>Comprimido</b>
170	Permetrina	50mg/mL (5%)	<b>Loção</b>
171	Polivitamínico	-	<b>Solução Oral (gotas)</b>
172	Prednisolona fosfato sódico	1mg/mL	<b>Solução oral</b>
173	Prednisolona fosfato sódico	3mg/mL	<b>Solução oral</b>
174	Prednisona	20mg	<b>Comprimido</b>
175	Prednisona	5mg	<b>Comprimido</b>
176	Pregabalina	75mg	<b>Cápsula</b>
177	Prometazina	25mg	<b>Comprimido</b>
178	Propranolol cloridrato	40mg	<b>Comprimido</b>
179	Quetiapina	25mg	<b>Comprimido</b>
180	Quetiapina	100mg	<b>Comprimido</b>
181	Risperidona	2mg	<b>Comprimido</b>
182	Risperidona	1mg/mL	<b>Solução Oral</b>
183	Rivaroxabana	15mg	<b>Comprimido</b>
184	Rivaroxabana	20mg	<b>Comprimido</b>
185	Rosuvastatina	20mg	<b>Comprimido</b>
186	Sais reidratação	3,5 +1,5+2,9+20g	<b>Pó para solução oral</b>
187	Salbutamol sulfato	100mcg	<b>Aerossol oral</b>
188	Sertralina	50mg	<b>Comprimido</b>



189	Simeticona	75mg/mL	<b>Solução oral</b>
190	Sinvastatina	20mg	<b>Comprimido</b>
191	Sinvastatina	40mg	<b>Comprimido</b>
192	Sulfadiazina de prata	10mg/g	<b>Creme</b>
193	Sulfametaxol + trimetoprima	40mg/mL+80mg/mL	<b>Solução oral</b>
194	Sulfametoxazol + trimetoprima	400mg+80mg	<b>Comprimido</b>
195	Sulfato de Zinco	4mg/mL	<b>Solução oral (Xarope)</b>
196	Sulfato Ferroso	40mg	<b>Comprimido</b>
197	Tansulosina	0,4mg	<b>Comprimido</b>
198	Tiamazol	5mg	<b>Comprimido</b>
199	Tiamina cloridrato	300mg	<b>Comprimido</b>
200	Timolol maleato	5mg/mL (0,5%)	<b>Solução oftálmica</b>
201	Tobramicina	3mg/mL	<b>Solução Oftálmica</b>
202	Topiramato	50mg	<b>Comprimido</b>
203	Tramadol	50mg	<b>Comprimido</b>
204	Travoprostá	0,04mg/mL	<b>Solução Oftálmica</b>
205	Trazodona	50mg	<b>Comprimido</b>
206	Varfarina sódica	5mg	<b>Comprimido</b>
207	Venlafaxina	37,5mg	<b>Cápsula</b>
208	Venlafaxina	75mg	<b>Cápsula</b>
209	Verapamil cloridrato	80mg	<b>Comprimido</b>
210	Vitaminas do Complexo B	-	<b>Solução Oral (gotas)</b>

**\*Observação:** Os medicamentos **Dapagliflozina e Metilfenidato** serão dispensados com critérios específicos e **exclusivamente** com o Laudo de Medicamentos Especiais (LME) Municipal e os formulários preenchidos pelos prescritores do município e conforme orientação da Assistência Farmacêutica Municipal.





## LAUDO MUNICIPAL DE SOLICITAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS

### SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME COMPLETO:		DN:	
CPF:	CNS:	Peso (Kg):	Altura:
End.:	Nº:	Bairro:	
Telefone:	Contato:		

#### IDENTIFICAÇÃO DO PRESCRITOR

Nome Completo:		CRM:
Especialidade:	Unidade de Saúde:	
Contato:	Carimbo e assinatura do médico	

#### DADOS CLÍNICOS

Diagnóstico principal (CID-10):	
Comorbidades relevantes:	
Dados clínicos (quando necessário anexar exames):	
PA (mmHg):	HbA1c:
<input type="checkbox"/> 1ª Solicitação	<input type="checkbox"/> Renovação

#### SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO

Medicamento (Princípio Ativo):	
Apresentação/Forma farmacêutica:	Dose prescrita:
Posologia:	Duração estimada do tratamento:

#### PARECER DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

<input type="checkbox"/> Deferido	<input type="checkbox"/> Indeferido
Observações:	Carimbo e assinatura da AF

#### Termo de Ciência e Compromisso do Paciente

Declaro estar ciente do uso do medicamento solicitado, das orientações recebidas e comprometo-me a utilizá-lo corretamente e devolver as sobras quando solicitado.

Conceição do Mato Dentro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

\*Campos de preenchimento obrigatório.



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO DE SOLICITAÇÃO - METILFENIDATO

<b>1</b>	<b>IDENTIFICAÇÃO:</b> Nome: _____ ( ) CPF: _____ ( ) NASC: _____ Idade: _____
<b>2</b>	<b>DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (assinalar a indicação formal da medicação)</b> ( ) Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) ( ) Narcolepsia
<b>3</b>	<b>CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS ATENDIDOS</b> ( ) Relatório psiquiátrico com diagnóstico confirmado de TDAH (CID-10: F90 / CID-11: 6A05) ( ) Relatório neurológico ou psiquiátrico confirmando narcolepsia (CID-10: G47.4)
<b>6</b>	<b>DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA (anexar cópia)</b> ( ) Laudo médico detalhado do especialista (psiquiatra/neurologista) ( ) Resultados de avaliação neuropsicológica/psicopedagógica (quando aplicável) ( ) Prescrição em Notificação de Receita A (amarela) válida
<b>7</b>	<b>DECLARAÇÃO MÉDICA</b> Declaro que o paciente acima descrito apresenta indicação formal para o uso de Metilfenidato, conforme critérios clínicos e documentação anexada. Assumo a responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.  Data do preenchimento: ___/___/_____  Assinatura e carimbo do médico: _____





## FORMULÁRIO ESPECÍFICO DE SOLICITAÇÃO - DAPAGLIFLOZINA

1	<b>IDENTIFICAÇÃO</b> Nome: _____ ( ) CPF: _____ ( ) NASC: _____ Idade: _____
2	<b>ASSINALAR SOBRE O DIAGNÓSTICO</b> ( ) Declaro que o paciente não tem diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1
2	<b>DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (assinalar a indicação formal da medicação)</b> ( ) Diabetes Mellitus tipo 2 não controlado ( ) Diabetes Mellitus tipo 2 com alto risco cardiovascular ( ) Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFEr $\leq$ 40%) ( ) Insuficiência cardíaca com fração de ejeção intermediária (ICFEi 40-50%) ou preservada (ICFEp $\geq$ 50%), com BNP alterado e/ou alterações estruturais do Eco (disfunção diastólica, dilatação ou hipertrofia de cavidades) ( ) Doença renal crônica (CICr $<$ 45 mL/min/1,73m <sup>2</sup> ou TFG reduzida)
3	<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA</b> (Descrever sinais, sintomas, história clínica e evolução do paciente) _____ _____ _____
4	<b>TRATAMENTOS PRÉVIOS REALIZADOS</b> (Descrever terapias já utilizadas, tempo de uso, resposta clínica e/ou intolerâncias) _____ _____ _____
5	<b>EXAMES COMPLEMENTARES (anexar cópia)</b> ( ) Ecocardiograma com laudo da fração de ejeção (Obrigatório para IC – Apenas para a solicitação inicial) ( ) BNP/NT-proBNP (Obrigatório para ICFEi ou ICFEp - Apenas para a solicitação inicial) ( ) Creatinina sérica/CICr/TFG (Obrigatório para DRC e DM – Solicitação inicial e renovação) ( ) Hemoglobina glicada e Glicemia de jejum (Obrigatório para DM – Solicitação inicial e renovação)
6	<b>CONDIÇÕES DE ALTO (2 ou mais) OU MUITO ALTO (apenas 1) RISCO CARDIOVASCULAR (se aplicável)</b> ( ) Hipertensão arterial ( ) <b>Angioplastia prévia</b> ( ) Dislipidemia ( ) <b>Revascularização do miocárdio prévia</b> ( ) Tabagismo ( ) <b>Angina estável ou instável prévios</b> ( ) Doença aterosclerótica documentada ( ) <b>AVC isquêmico ou AIT prévios</b> ( ) <b>Infarto agudo do miocárdio prévio</b> ( ) <b>Insuficiência cardíaca documentada</b>
7	<b>DECLARAÇÃO MÉDICA</b> Declaro que o paciente acima descrito apresenta indicação formal para o uso da Dapaglifozina 10mg, conforme os critérios clínicos e laboratoriais anexados. Assumo a responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data do preenchimento: ___/___/___ Assinatura e carimbo do médico: _____



## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO (S)

### DAPAGLIFLOZINA 10 MG

#### DOCUMENTOS PESSOAIS A SEREM APRESENTADOS

- Cópia da Carteira de Identidade (ou Documento de Identificação com foto)
- Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- Cópia do Comprovante de Residência

#### DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS PELO MÉDICO

→ SOLICITAÇÃO INICIAL	→ RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)
<input type="checkbox"/> LM - Laudo Municipal <input type="checkbox"/> Prescrição Médica <input type="checkbox"/> Formulário Específico: Dapagliflozina	<input type="checkbox"/> LM - Laudo Municipal <input type="checkbox"/> Prescrição Médica

#### EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL:
<input type="checkbox"/> Glicemia em Jejum (Validade 6 meses) <input type="checkbox"/> Hemoglobina Glicada (Validade 6 meses) <input type="checkbox"/> Taxa de Filtração Glomerular - TFG <u>ou</u> Creatinina Sérica (Validade 3 meses) <input type="checkbox"/> Ecocardiograma com laudo da fração de ejeção (Obrigatório para IC) <input type="checkbox"/> BNP/NT-proBNP (Obrigatório para ICFei ou ICFeP)
→ RENOVAÇÃO:
<input type="checkbox"/> Glicemia em Jejum (Validade 6 meses) <input type="checkbox"/> Hemoglobina Glicada (Validade 6 meses) <input type="checkbox"/> Taxa de Filtração Glomerular - TFG <u>ou</u> Creatinina Sérica (Validade 3 meses)

<b>DATA:</b> ____/____/20____	<b>LOCAL:</b>	
<hr/> <b>NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA</b>		

