



Este documento confere
com o original:

PREFEITURA MUNICIPAL DE SERAFINA CORRÊA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS DE SERAFINA CORRÊA 2025

Classificação Por Ordem Alfabética

1. ACETATO DE DEXAMETASONA 0,1% CREME BISNAGA COM 10 G
2. ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 150 MG/ML AMPOLA
3. ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 25 MG/0,5ML + CIPIONATO DE ESTRADIOL 5MG/0,5ML
4. ACETATO DE RETINOL 10.000 UI + AMINOÁCIDOS 2,5% + CLORANFENICOL 0,5% POMADA OFTÁLMICA COM 3,5 G – USO RESTRITO AMBULATORIAL
5. ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100 MG COMPRIMIDO
6. ÁCIDO ASCÓRBICO 100 MG/ML AMPOLA COM 5 ML IV/IM
7. ÁCIDO FÓLICO 5 MG COMPRIMIDO
8. ÁCIDO VALPROICO 250 MG CÁPSULA GELATINOSA – RECEITA BRANCA DE CONTROLE ESPECIAL – PODE SER PRESCRITO PARA 6 MESES
9. ÁCIDO VALPROICO 250MG/5ML XAROPE FRASCO COM 100 ML – RECEITA BRANCA DE CONTROLE ESPECIAL – PODE SER PRESCRITO PARA 6 MESES
10. ADENOSINA 3 MG/ML AMPOLA IV
11. ADESIVO TRANSDÉRMICO DE NICOTINA 7 MG – RESTRITO AOS GRUPOS DE COMBATE AO TABAGISMO
12. ADESIVO TRANSDÉRMICO DE NICOTINA 14 MG – RESTRITO AOS GRUPOS DE COMBATE AO TABAGISMO
13. ADESIVO TRANSDÉRMICO DE NICOTINA 21 MG – RESTRITO AOS GRUPOS DE COMBATE AO TABAGISMO

14. ÁGUA PARA INJEÇÃO 10 ML
15. ÁGUA PARA INJEÇÃO 5 ML
16. AGULHAS PARA APLICAÇÃO DE INSULINA 0,4 MM – RESTRITO A PACIENTES INSULINODEPENDENTES
17. ALBENDAZOL 40 MG/ML SUSPENSÃO ORAL COM 10 ML
18. ALENDRONATO DE SÓDIO 70 MG COMPRIMIDO
19. ALPRAZOLAM 1 MG COMPRIMIDO – RECEITA AZUL (B1) – PRESCRITO SOMENTE PARA 2 MESES
20. AMINOFILINA 24 MG/ML AMPOLA COM 10 ML
21. AMIODARONA 50 MG/ML IV AMPOLA
22. AMITRIPTILINA 25 MG COMPRIMIDO – RECEITA BRANCA DE CONTROLE ESPECIAL – PRESCRITO SOMENTE PARA 2 MESES
23. AMOXICILINA 500 MG CÁPSULA
24. AMOXICILINA SUSPENSÃO 250 MG/5ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL COM 150 ML
25. AMPICILINA 500 MG CÁPSULA
26. ATENOLOL 50 MG COMPRIMIDO
27. AZITROMICINA 500 MG COMPRIMIDO
28. BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI FRASCO-AMPOLA
29. BESILATO DE ANLODIPINO 5 MG COMPRIMIDO
30. BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% AMPOLA COM 10 ML
31. BIPERIDENO 2 MG COMPRIMIDO – RECEITA BRANCA DE CONTROLE ESPECIAL – PODE SER PRESCRITO PARA 6 MESES
32. BROMETO DE IPATRÓPIO SOL. PARA INALAÇÃO 0,25 MG FRASCO COM 20 ML
33. BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA + DIPIRONA AMP 4/500 MG/ML AMPOLA IM/IV
34. BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 10 MG + DIPIRONA SÓDICA 250 MG COMPRIMIDO
35. BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA SIMPLES 20 MG/ML AMPOLA IM/IV/SC
36. CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO
37. CARBAMAZEPINA 2% SUSPENSÃO ORAL FRASCO COM 100 ML – RECEITA BRANCA DE CONTROLE ESPECIAL – PODE SER PRESCRITO PARA 6 MESES
38. CARBAMAZEPINA 200 MG COMPRIMIDO – RECEITA BRANCA DE CONTROLE ESPECIAL – PODE SER PRESCRITO PARA 6 MESES
39. CARBAMAZEPINA 400 MG COMPRIMIDO – RECEITA BRANCA DE CONTROLE ESPECIAL – PODE SER PRESCRITO PARA 6 MESES

40. CARBONATO DE CÁLCIO 1250 MG (EQUIVALENTE A 500 MG ELEMENTAR) COMPRIMIDO
41. CARBONATO DE LÍTIO 300 MG COMPRIMIDO – RECEITA BRANCA DE CONTROLE ESPECIAL – PRESCRITO SOMENTE PARA 2 MESES
42. CARVÃO VEGETAL ATIVADO EM PÓ – USO RESTRITO AMBULATORIAL
43. CARVEDILOL 6,25 MG COMPRIMIDO
44. CEFALEXINA 500 MG COMPRIMIDO/CÁPSULA
45. CEFALEXINA 250 MG/5ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL FRASCO COM 100 ML
46. CEFTRIAXONA 1G IM FRASCO-AMPOLA
47. CEFTRIAXONA 1G IV FRASCO-AMPOLA
48. CETOCONAZOL 200 MG COMPRIMIDO
49. CETOPROFENO 100 MG AMPOLA IV
50. CIMETIDINA 150 MG/ML AMPOLA COM 2 ML
51. CIPROFLOXACINO 500 MG COMPRIMIDO
52. CLONAZEPAM 2,5 MG/ML FRASCO COM 20ML – RECEITA AZUL (B1) – PRESCRITO SOMENTE PARA 2 MESES
53. CLONIDINA 0,100 MG COMPRIMIDO – USO RESTRITO AMBULATORIAL
54. CLOPIDOGREL 75 MG COMPRIMIDO – USO RESTRITO AMBULATORIAL
55. CLORETO DE POTÁSSIO 10% AMPOLA COM 10 ML
56. CLORETO DE SÓDIO 20% AMPOLA COM 10 ML
57. CLORIDRATO DE BUPROPIONA 150 MG COMPRIMIDO – RESTRITO AOS GRUPOS DE COMBATE AO TABAGISMO
58. CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA 2% GELEIA 30 G
59. CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA 2% + EPINEFRINA 1.200.000 FRASCO 20 ML
60. CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA 2% SEM VASOCONSTRITOR FRASCO 20 ML
61. CLORPROMAZINA 100 MG COMPRIMIDO – RECEITA BRANCA DE CONTROLE ESPECIAL – PRESCRITO SOMENTE PARA 2 MESES
62. CLORPROMAZINA 5 MG/ML AMPOLA IM – RECEITA BRANCA DE CONTROLE ESPECIAL
63. COLÍRIO ANESTÉSICO (OXIBUPROCAÍNA 4MG/ML, BENOXINATO) FRASCO COM 10 ML – USO RESTRITO AMBULATORIAL
64. COMPLEXO B COMPRIMIDO
65. COMPLEXO B INJETÁVEL AMPOLA COM 2 ML
66. DESLANOSÍDEO 0,2 MG/ML AMPOLA EV/IM

67. DEXAMETASONA (FOSFATO DISSÓDICO) 4 MG/ML AMPOLA COM 2,5 ML
68. DIAZEPAM 10 MG COMPRIMIDO – RECEITA AZUL (B1) – PRESCRITO SOMENTE PARA 2 MESES
69. DIAZEPAM 5 MG/ML AMPOLA IM/EV – RECEITA AZUL (B1)
70. DICLOFENACO POTÁSSICO 50 MG COMPRIMIDO
71. DICLOFENACO SÓDICO 25 MG/ML AMPOLA COM 3 ML
72. DIGOXINA 0,25 MG COMPRIMIDO
73. DINITRATO DE ISOSSORBIDA 5 MG COMPRIMIDO SUBLINGUAL – USO RESTRITO AMBULATORIAL
74. DIPIRONA 500 MG/ML AMPOLA COM 2 ML IM/IV
75. DIPIRONA SÓDICA 500 MG COMPRIMIDO
76. DIPIRONA SÓDICA GOTAS 500 MG/ML FRASCO COM 10ML
77. DOXAZOSINA 2 MG COMPRIMIDO
78. DOXICICLINA 100 MG COMPRIMIDO
79. ENANTATO DE NORETISTERONA 50MG/ML + VALERATO DE ESTRADIOL 5 MG/ML AMPOLA
80. ESPIRONOLACTONA 25 MG COMPRIMIDO
81. ESTRIOL CREME VAGINAL 1 MG/G BISNAGA COM 50 GRAMAS
82. FENITOÍNA 100 MG COMPRIMIDO – RECEITA BRANCA DE CONTROLE ESPECIAL – PODE SER PRESCRITO PARA 6 MESES
83. FENITOÍNA 50 MG/ML AMPOLA COM 5 ML IM/IV – RECEITA BRANCA DE CONTROLE ESPECIAL
84. FENOBARBITAL 100 MG COMPRIMIDO – RECEITA BRANCA DE CONTROLE ESPECIAL – PODE SER PRESCRITO PARA 6 MESES
85. FINASTERIDA 5 MG COMPRIMIDO
86. FLUCONAZOL 150 MG CÁPSULA
87. FLUOXETINA 20 MG CÁPSULA – RECEITA BRANCA DE CONTROLE ESPECIAL – PRESCRITO SOMENTE PARA 2 MESES
88. FOSFATO DE OSELTAMIVIR 30 MG
89. FOSFATO DE OSELTAMIVIR 45 MG
90. FOSFATO DE OSELTAMIVIR 75 MG
91. FUROSEMIDA 10 MG/ML AMPOLA
92. FUROSEMIDA 40 MG COMPRIMIDO
93. GEL LUBRIFICANTE SACHÊ COM 5 GRAMAS

94. GLIBENCLAMIDA 5 MG COMPRIMIDO
95. GLICOSE 50% AMPOLA COM 10 ML
96. GLICOSÍMETRO – RESTRITO A PACIENTES INSULINODEPENDENTES
97. GOMAS DE NICOTINA 2 MG – RESTRITO AOS GRUPOS DE COMBATE AO TABAGISMO
98. HALOPERIDOL 5 MG COMPRIMIDO – RECEITA BRANCA DE CONTROLE ESPECIAL – PRESCRITO SOMENTE PARA 2 MESES
99. HALOPERIDOL 5 MG/ML IM/IV AMPOLA – RECEITA BRANCA DE CONTROLE ESPECIAL
100. HALOPERIDOL, DECANOATO 50 MG/ML AMPOLA – RECEITA BRANCA DE CONTROLE ESPECIAL – PRESCRITO SOMENTE PARA 2 MESES
101. HEMITARTARATO DE EPINEFRINA 1 MG/ML AMPOLA
102. HEPARINA SÓDICA 5.000 UI/ML AMPOLA IV/SC 5 ML
103. HEPARINA SÓDICA 5.000 UI/ML AMPOLA C/ 0,25ML SC
104. HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG COMPRIMIDO
105. HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG COMPRIMIDO
106. HIDROCORTISONA 500 MG AMPOLA
107. HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 62 MG/ML FRASCO COM 100ML
108. IBUPROFENO 600 MG COMPRIMIDO
109. IBUPROFENO GOTAS 50 MG/ML FRASCO COM 30ML
110. IMIPRAMINA 25 MG COMPRIMIDO – RECEITA BRANCA DE CONTROLE ESPECIAL – PRESCRITO SOMENTE PARA 2 MESES
111. INSULINA NPH 100 UI/ML FRASCO COM 10 ML – DISPONÍVEL APENAS NO CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE
112. INSULINA NPH EM CANETA APLICADORA DESCARTÁVEL COM 3 ML – DISPONÍVEL APENAS NO CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE
113. INSULINA REGULAR 100 UI/ML FRASCO COM 10 ML – DISPONÍVEL APENAS NO CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE
114. INSULINA REGULAR EM CANETA APLICADORA DESCARTÁVEL COM 3 ML –DISPONÍVEL APENAS NO CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE
115. LANCETA AUTOMÁTICA PARA HEMOGLICOTESTE – RESTRITO A PACIENTES INSULINODEPENDENTES
116. LEVODOPA 200 MG + BENSERAZIDA 50 MG COMPRIMIDO
117. LEVODOPA 250 MG + CARBIDOPA 25 MG COMPRIMIDO

118. LEVONORGESTREL 0,75 MG (PÍLULA DO DIA SEGUINTE) COMPRIMIDO
119. LEVONORGESTREL 0,15 MG + ETINILESTRADIOL 0,03 MG COM 21 COMPRIMIDOS
120. LEVOTIROXINA SÓDICA 25 MCG COMPRIMIDO
121. LEVOTIROXINA SÓDICA 50 MCG COMPRIMIDO
122. LEVOTIROXINA SÓDICA 75 MCG COMPRIMIDO
123. LEVOTIROXINA SÓDICA 100 MCG COMPRIMIDO
124. LORATADINA 10 MG COMPRIMIDO
125. LORATADINA XAROPE 1 MG/ML FRASCO COM 100 ML
126. MALEATO DE ENALAPRIL 5 MG COMPRIMIDO
127. MALEATO DE ENALAPRIL 20 MG COMPRIMIDO
128. METFORMINA 850 MG COMPRIMIDO
129. METILDOPA 250 MG COMPRIMIDO
130. METOCLOPRAMIDA 10 MG COMPRIMIDO
131. METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML AMPOLA COM 2 ML IM/IV
132. METRONIDAZOL 250 MG COMPRIMIDO
133. METRONIDAZOL 400 MG COMPRIMIDO
134. METRONIDAZOL CREME VAGINAL 100 MG/G BISNAGA COM 50G
135. MIDAZOLAM 5 MG/5ML AMPOLA COM 5 ML IV/IM – RECEITA AZUL (B1)
136. MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 40 MG COMPRIMIDO
137. MORFINA 10 MG/ML IM/IV/SC AMPOLA – RECEITA AMARELA (A1)
138. NALOXONA 0,4 MG/ML IM/IV/SC AMPOLA – RECEITA BRANCA DE CONTROLE ESPECIAL
139. NEOMICINA 5MG/G + BACITRACINA 250 UI/G POMADA COM 10 GRAMAS
140. NIFEDIPINO 10 MG COMPRIMIDO – USO RESTRITO AMBULATORIAL
141. NITRATO DE MICONAZOL CREME VAGINAL 20 MG/G BISNAGA COM 80 GRAMAS
142. NITROFURANTOÍNA 10 MG CÁPSULA
143. NORFLOXACINO 400 MG COMPRIMIDO
144. OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULA
145. OMEPRAZOL 40 MG IV FRASCO AMPOLA + DILUENTE (SOMENTE PARA EMERGÊNCIAS NO CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE)
146. ONDANSETRONA 2 MG/ML AMPOLA COM 2 ML (4 MG/AMPOLA)
147. PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDO
148. PARACETAMOL GOTAS 200 MG/ML FRASCO COM 15 ML
149. PERMETRINA 10 MG/ML (1%) FRASCO COM 60 ML

150. PREDNISONA 20 MG COMPRIMIDO
151. PRESERVATIVOS FEMININOS
152. PRESERVATIVOS MASCULINOS 52 MM
153. PROMETAZINA 25 MG/ML IM AMPOLA
154. PROPATILNITRATO 10 MG COMPRIMIDO – USO RESTRITO AMBULATORIAL
155. PROPRANOLOL 40 MG COMPRIMIDO
156. SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL 27,5 G ENVELOPE (PARA DILUIÇÃO EM 1 LITRO DE ÁGUA)
157. SALBUTAMOL SPRAY 120 MCG/DOSE COM 200 DOSES
158. SALBUTAMOL XAROPE 0,4 MG/ML FRASCO COM 100 ML
159. SERINGAS PARA APLICAÇÃO DE INSULINA COM 50 UI (AGULHA 0,8MM X 0,3 MM) – RESTRITO A PACIENTES INSULINODEPENDENTES
160. SERTRALINA 50 MG COMPRIMIDO – RECEITA BRANCA DE CONTROLE ESPECIAL – PRESCRITO SOMENTE PARA 2 MESES
161. SINVASTATINA 20 MG COMPRIMIDO
162. SINVASTATINA 40 MG COMPRIMIDO
163. SULFADIAZINA DE PRATA CREME 1 % BISNAGA COM 50 GRAMAS
164. SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 400 MG + 80 MG COMPRIMIDO
165. SULFATO DE ATROPINA 0,5 MG/ML AMPOLA
166. SULFATO DE MAGNÉSIO 50% IV/IM AMPOLA COM 10 ML
167. SULFATO FERROSO 40 MG DE FERRO ELEMENTAR COMPRIMIDO
168. SULFATO FERROSO GOTAS 125 MG/ML FRASCO COM 30ML
169. TARTARATO DE METOPROLOL 100 MG (SOMENTE PARA EMERGÊNCIAS NO CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE)
170. TIRAS REAGENTES PARA MEDIDA DA GLICEMIA CAIXA COM 50 TIRAS – RESTRITO A PACIENTES INSULINODEPENDENTES
171. TOBRAMICINA 3 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA – USO RESTRITO AMBULATORIAL
172. VARFARINA SÓDICA 5 MG COMPRIMIDO
173. VERAPAMIL 80 MG COMPRIMIDO
174. VITAMINA K (FITOMENADIONA) 10 MG/ML IM/SC AMPOLA COM 1 ML

Total de medicamentos: 166

Total de insumos: 8