

## Relação de Medicamentos Essenciais do Estado de Minas Gerais - REMEMG 2024

### Formas de acesso aos medicamentos e insumos da REMEMG - “Onde Encontrar”

O acesso aos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (**CBAF**) ocorre por meio da Atenção Primária à Saúde, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Farmácias Comunitárias ou unidades da Farmácia de Minas. A dispensação desse grupo de medicamentos é responsabilidade dos municípios e é realizada mediante receita médica.

O acesso aos Medicamentos Estratégicos (**CESAF**) se dá por meio da Atenção Primária à Saúde, nas Unidades Básicas de Saúde (**UBS**), nas Farmácias Comunitárias, nas unidades da Farmácia de Minas, nas Unidades Dispensadoras de Medicamentos (**UDM**), nos Centros de Referência, nas Unidades de Saúde exclusivamente públicas devidamente cadastradas nos sistemas do Ministério da Saúde preconizados, e nos Hemocentros, mediante receita médica e prévia notificação à vigilância epidemiológica, quando for o caso. Em relação ao atendimento a pacientes acometidos por cólera será feito mediante contato com o Ministério da Saúde, conforme demanda considerando que há 10 anos não há casos da doença no Brasil.

As Unidades Dispensadoras de Medicamentos (**UDM**) são “estabelecimentos integrantes de serviço de saúde que realizam gestão e dispensação de medicamentos antirretrovirais para o atendimento dos usuários sob terapia, bem como seu acompanhamento e monitoramento”, para mais informações acesso o endereço eletrônico [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br).

Acesso ao tratamento de coagulopatias hereditárias, hemoglobinopatias e acesso a hemoderivados ocorre por meio do Hemominas, o **Hemocentro de referência** e a forma de acesso devem ser verificados no site <<http://www.hemominas.mg.gov.br/>>, menu “serviço”.

O acesso aos medicamentos do Componente Especializado (**CEAF**) ocorre nas 28 Farmácias das Regionais de Saúde, mediante deferimento de processo administrativo de solicitação de medicamento. O cidadão deve verificar no link <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Munic%C3%ADpios\\_de\\_Minas\\_Gerais.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Munic%C3%ADpios_de_Minas_Gerais.pdf)> a qual Regional o seu município está vinculado.

Informações sobre os medicamentos fornecidos pelo SUS, tirar dúvidas e receber informações necessárias ao acesso a medicamentos podem ser obtidas no site da SES [www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br); no aplicativo MGApp (disponível no Google play e no Apple Store) e nas Farmácias Regionais.

### Oftalmologia/Glaucoma/Degeneração macular (DMRI)

O tratamento ocorre conforme modelo de atendimento estabelecido na Política Nacional de Atenção Oftalmológica. Dessa forma, o atendimento é realizado pelos Centros de Referência em Oftalmologia do SUS (**CRO-SUS**). Orientamos a entrar em contato com a Secretaria Municipal de Saúde, para informações quanto ao encaminhamento a um CRO-SUS.

### Oncologia/medicamentos para câncer

O acesso a medicamentos oncológicos ocorre por meio da Política Nacional de Atenção Oncológica que é executada em hospitais credenciados pelo Ministério da Saúde intitulados Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), os quais correspondem a unidades hospitalares públicas ou filantrópicas que dispõem dos recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência integral do paciente portador de câncer.

As informações quanto ao encaminhamento dos pacientes aos hospitais credenciados para assistência de alta complexidade em oncologia distribuídos no Estado de Minas Gerais devem ser obtidas na Secretaria Municipal de Saúde.

| Item | Denominação Genérica | Forma Farmacêutica | Concentração | Apresentação       | Doença                                          | Grupo Terapêutico | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAF    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                                       | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|----------------------|--------------------|--------------|--------------------|-------------------------------------------------|-------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 1    | Abacavir Sulfato     | Solução oral       | 20mg/mL      | Frasco             | Infecção pelo HIV                               | Antiviral         | J05AF06 | 0,6          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | UDM                                                                  | CESAF                                  |
| 2    | Abacavir Sulfato     | Comprimido         | 300mg        |                    | Infecção pelo HIV                               | Antiviral         | J05AF06 | 0,6          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | UDM                                                                  | CESAF                                  |
| 3    | Abatacepte           | Solução injetável  | 125mg/mL     | Seringa preenchida | Artrite Reumatóide e Artrite Idiopática Juvenil | Imunossupressor   | L04AA24 | 27           | mg            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município                | CEAF                                   |
| 4    | Acetazolamida        | Comprimido         | 250mg        |                    | Glaucoma e Conforme indicação em bula           | Oftalmológico     | S01EC01 | 0,75         | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios e CRO-SUS          | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais/ CRO-SUS | CBAF                                   |
| 5    | Aciclovir            | Comprimido         | 200mg        |                    | Conforme indicação em bula                      | Antiviral         | J05AB01 | 4            | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais          | CBAF                                   |
| 6    | Aciclovir            | Creme              | 50mg/g(5%)   | Bisnaga            | Conforme indicação em bula                      | Antiviral         | D06BB03 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais          | CBAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica                 | Forma Farmacêutica        | Concentração | Apresentação  | Doença                                                                                                   | Grupo Terapêutico        | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|--------------------------------------|---------------------------|--------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 7    | Aciclovir                            | Pó para solução injetável | 250mg        | Frasco-ampola | Conforme indicação em bula                                                                               | Antiviral                | J05AB01 | 4            | g             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 8    | Ácido Acetilsalicílico               | Comprimido                | 100mg        |               | Homocistinúria Clássica, Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia, Conforme indicação em bula | Antitrombótico           | B01AC06 | 1            | comprimido    | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C/D                               | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 9    | Ácido Acetilsalicílico               | Comprimido                | 500mg        |               | Dor crônica, Homocistinúria Clássica, Conforme indicação em bula                                         | Analgésico e antitérmico | N02BA01 | 3            | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C/D                               | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 10   | Ácido Fólico                         | Comprimido                | 5mg          |               | Anemia Hemolítica Autoimune, Homocistinúria Clássica, Retocolite Ulcerativa, Conforme indicação em bula  | Antianêmico              | B03BB01 | 0,4          | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | A                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 11   | Ácido Fólico                         | Solução oral              | 0,2mg/mL     | Frasco        | Conforme indicação em bula                                                                               | Antianêmico              | B03BB01 | 0,4          | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | A                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 12   | Ácido paraminossalicílico            | Granulado oral            | 4g           |               | Tuberculose                                                                                              | Antimicobacteriano       | J04AA01 | 12           | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | X                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Centro de referência em tuberculose                         | CESAF                                  |
| 13   | Ácido Salicílico                     | Pomada                    | 50mg/g(5%)   | Bisnaga       | Ictioses Hereditárias, Psoríase, Conforme indicação em bula                                              | Emoliente e protetor     | D02AF   | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | C/D                               | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 14   | Ácido Ursodesoxicólico               | Comprimido                | 150mg        |               | Colangite Biliar Primária                                                                                | Terapêutica biliar       | A05AA02 | 0,75         | g             | Oral                   | sim                            | não                                | B                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 15   | Ácido Ursodesoxicólico               | Comprimido                | 300mg        |               | Colangite Biliar Primária                                                                                | Terapêutica biliar       | A05AA02 | 0,75         | g             | Oral                   | sim                            | não                                | B                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 16   | Ácido Valproico (valproato de sódio) | Comprimido ou cápsula     | 250mg        |               | Dor crônica, Epilepsia, Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I, Conforme indicação em bula                 | Antiepiléptico           | N03AG01 | 1,5          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 17   | Ácido Valproico (valproato de sódio) | Solução oral              | 50mg/mL      | Frasco        | Dor crônica, Epilepsia, Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I, Conforme indicação em bula                 | Antiepiléptico           | N03AG01 | 1,5          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 18   | Ácido Valproico (valproato de sódio) | Comprimido                | 500mg        |               | Dor crônica, Epilepsia, Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I, Conforme indicação em bula                 | Antiepiléptico           | N03AG01 | 1,5          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica          | Forma Farmacêutica                    | Concentração | Apresentação       | Doença                                                                                                                                 | Grupo Terapêutico            | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição    | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|-------------------------------|---------------------------------------|--------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 19   | Ácido zoledrônico monodratado | Solução injetável                     | 5mg/100mL    | Frasco             | Doença de Paget do crânio e de outros ossos, Osteoporose                                                                               | Tratamento de doenças ósseas | M05BA08 | 4            | mg            | Parenteral             | não                            | não                                | D                                 | 2             | Estado                           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 20   | Acitretina                    | Cápsula                               | 10mg         |                    | Psoríase, Ictioses                                                                                                                     | Antipsoriático sistêmico     | D05BB02 | 35           | mg            | Oral                   | Sim                            | Não                                | X                                 | 1B            | Estado                           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 21   | Acitretina                    | Cápsula                               | 25mg         |                    | Psoríase, Ictioses                                                                                                                     | Antipsoriático sistêmico     | D05BB02 | 35           | mg            | Oral                   | Sim                            | Não                                | X                                 | 1B            | Estado                           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 22   | Adalimumabe                   | Solução injetável                     | 40mg         | Seringa preenchida | Artrite Reumatóide, Artrite Idiopática Juvenil, Artrite Psoriásica, Espondilite Ancilosante, Psoríase, Uveítes, Hidradenite Supurativa | Imunossupressor              | L04AB04 | 2,9          | mg            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde              | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 23   | Albendazol                    | Suspensão oral                        | 40mg/mL      | Frasco             | Conforme indicação em bula                                                                                                             | Antiparasitário              | P02CA03 | 0,4          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                       | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 24   | Albendazol                    | Comprimido mastigável                 | 400mg        |                    | Geo-helmintíases e Conforme indicação em bula                                                                                          | Antiparasitário              | P02CA03 | 0,4          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Ministério da Saúde e Municípios | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF e CESAF                           |
| 25   | Alcatrão mineral              | Pomada                                | 10mg/g(1%)   |                    | Psoríase e Conforme indicação em bula                                                                                                  | Antipsoriático tópico        | D05AA   | não relatado | não relatado  | Tópico                 | sim                            | não                                | C                                 | não se aplica | Municípios                       | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 26   | Alendronato de sódio          | Comprimido                            | 10mg         |                    | Doença de Paget, Osteogênese imperfeita, Osteoporose, Conforme indicação em bula                                                       | Tratamento de doenças ósseas | M05BA04 | 10           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                       | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 27   | Alendronato de sódio          | Comprimido                            | 70mg         |                    | Doença de Paget, Osteogênese imperfeita, Osteoporose, Conforme indicação em bula                                                       | Tratamento de doenças ósseas | M05BA04 | 10           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                       | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 28   | Alentuzumabe                  | Solução injetável                     | 10mg/mL      |                    | Esclerose múltipla remitente recorrente                                                                                                | Imunossupressor              | L04AA34 | 0,13         | mg            | Parenteral             | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde              | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 29   | Alfa-agalsidase               | Solução injetável                     | 1mg/mL       | Frasco-ampola      | Doença Fabry                                                                                                                           | Enzima para metabolismo      | A16AB03 | 1            | mg            | Parenteral             | Sim (a partir 7 anos)          | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde              | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 30   | Alfa-alglicosidase            | Pó Liofilizado para Solução Injetável | 50mg         | Frasco-ampola      | Doença de Pompe                                                                                                                        | Enzima para metabolismo      | A16AB07 | 0,1          | g             | Parenteral             | sim                            | não                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde              | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

| Item | Denominação Genérica  | Forma Farmacêutica                       | Concentração | Apresentação       | Doença                                                                                                                           | Grupo Terapêutico          | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                        | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|-----------------------|------------------------------------------|--------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 31   | Alfadornase           | Solução para inalação (ampola com 2,5mL) | 1mg/mL       | Ampola             | Fibrose Cística                                                                                                                  | Expectorante               | R05CB13 | 2,5          | mg            | Inalatório             | Sim                            | Sim                                | B                                 | 1A         | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 32   | Alfaelosulfase        | Solução injetável                        | 1mg/mL       | Frasco-ampola      | Mucopolissacaridose tipo IVa (Síndrome de Morquio A)                                                                             | Modificador do metabolismo | A16AB12 | 20           | mg            | Parenteral             | sim                            | não                                | B                                 | 1A         | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 33   | Alfaepoetina          | Solução injetável                        | 1.000UI      | Frasco-ampola      | Anemia na Insuficiência Renal Crônica, Doença Falciforme, Transplante                                                            | Antianêmico                | B03XA   | 1            | TU            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A         | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 34   | Alfaepoetina          | Solução injetável                        | 2.000UI      | Frasco-ampola      | Anemia na Insuficiência Renal Crônica, Doença Falciforme, Transplante                                                            | Antianêmico                | B03XA   | 1            | TU            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A         | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 35   | Alfaepoetina          | Solução injetável                        | 3.000UI      | Frasco-ampola      | Anemia na Insuficiência Renal Crônica, Doença Falciforme, Transplante                                                            | Antianêmico                | B03XA   | 1            | TU            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A         | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 36   | Alfaepoetina          | Solução injetável                        | 4.000UI      | Frasco-ampola      | Anemia na Insuficiência Renal Crônica, Doença Falciforme, Transplante                                                            | Antianêmico                | B03XA   | 1            | TU            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A         | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 37   | Alfaepoetina          | Solução injetável                        | 10.000UI     | Frasco-ampola      | Anemia na Insuficiência Renal Crônica, Doença Falciforme, Síndrome Mielodisplásica de Baixo Risco, Transplante, Hepatite viral C | Antianêmico                | B03XA   | 1            | TU            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A         | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 38   | Alfainterferona 2b    | Solução injetável                        | 3.000.000UI  | Frasco-ampola      | Hemangioma infantil                                                                                                              | Imunoestimulante           | L03AB05 | 2            | MU            | Parenteral             | Não                            | Sim                                | D                                 | 1B         | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 39   | Alfainterferona 2b    | Solução injetável                        | 5.000.000UI  | Frasco-ampola      | Hemangioma infantil                                                                                                              | Imunoestimulante           | L03AB05 | 2            | MU            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | D                                 | 1B         | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 40   | Alfapeginterferona 2a | Solução injetável                        | 180mcg       | Seringa preenchida | Hepatite viral C, Hepatite viral B                                                                                               | Imunoestimulante           | L03AB11 | 26           | mcg           | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | D                                 | 1A         | Ministério da Saúde           | UDM                                                   | CESAF                                  |
| 41   | Alfataliglicerase     | Pó para solução injetável                | 200U         | Frasco-ampola      | Doença de Gaucher                                                                                                                | Enzima para metabolismo    | A16AB11 | não relatado | não relatado  | Parenteral             | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A         | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 42   | Alfavelaglicerase     | Pó para solução injetável                | 400U         | Frasco-ampola      | Doença de Gaucher                                                                                                                | Enzima para metabolismo    | A16AB11 | não relatado | não relatado  | Parenteral             | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A         | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica     | Forma Farmacêutica | Concentração | Apresentação    | Doença                                                  | Grupo Terapêutico       | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAR    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|--------------------------|--------------------|--------------|-----------------|---------------------------------------------------------|-------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 43   | Alfavestronidase         | Solução injetável  | 10mg         | Frasco com 5 mL | Mucopolissacaridose tipo VII                            | Enzima para metabolismo | A16AB18 | não relatado | –             | Parenteral             | Sim                            | Não                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 44   | Alopurinol               | Comprimido         | 100mg        |                 | Doença de Crohn e Conforme indicação em bula            | Antigotoso              | M04AA01 | 0,4          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 45   | Alopurinol               | Comprimido         | 300mg        |                 | Doença de Crohn e Conforme indicação em bula            | Antigotoso              | M04AA01 | 0,4          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 46   | Amantadina Cloridrato    | Comprimido         | 100mg        |                 | Doença de Parkinson                                     | Antiparkinsoniano       | N04BB01 | 0,2          | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 47   | Ambrisentana             | Comprimido         | 5mg          |                 | Hipertensão Arterial Pulmonar                           | Anti-hipertensivo       | C02KX02 | 7,5          | mg            | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 48   | Ambrisentana             | Comprimido         | 10mg         |                 | Hipertensão Arterial Pulmonar                           | Anti-hipertensivo       | C02KX02 | 7,5          | mg            | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 49   | Amicacina Sulfato        | Solução injetável  | 250mg/mL     |                 | Tuberculose                                             | Antiviral               | J01GB06 | 1            | g             | Parenteral             | sim                            | não                                | D                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Centro de referência em tuberculose                         | CESAF                                  |
| 50   | Amiodarona Cloridrato    | Solução injetável  | 50mg/mL      | Ampola          | Conforme indicação em bula                              | Antiarrítmico           | C01BD01 | 0,2          | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 51   | Amiodarona Cloridrato    | Comprimido         | 200mg        |                 | Conforme indicação em bula                              | Antiarrítmico           | C01BD01 | 0,2          | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 52   | Amitriptilina Cloridrato | Comprimido         | 25mg         |                 | Dor crônica e Conforme indicação em bula                | Antidepressivo          | N06AA09 | 75           | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 53   | Amitriptilina Cloridrato | Comprimido         | 75mg         |                 | Dor crônica e Conforme indicação em bula                | Antidepressivo          | N06AA09 | 75           | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 54   | Amoxicilina              | Suspensão oral     | 50mg/mL      | Frasco          | Febre Tifoide, Leptospirose, Conforme indicação em bula | Antibacteriano          | J01CA04 | 1            | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica                  | Forma Farmacêutica        | Concentração        | Apresentação                     | Doença                                                                         | Grupo Terapêutico            | ATC     | DDD  | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAR    | Responsabilidade de Aquisição                                                                                                     | Onde encontrar                                                                                          | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|---------------------------------------|---------------------------|---------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------|------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 55   | Amoxicilina                           | Comprimido ou cápsula     | 500mg               |                                  | Febre Tifoide, Leptospirose, Conforme indicação em bula                        | Antibacteriano               | J01CA04 | 1    | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                                                                                                                        | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                             | CBAF                                   |
| 56   | Amoxicilina + Clavulanato de potássio | Suspensão oral            | 50mg/mL + 12,5mg/mL | Frasco                           | Conforme indicação em bula                                                     | Antibacteriano               | J01CR02 | 1,5  | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                                                                                                                        | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                             | CBAF                                   |
| 57   | Amoxicilina + Clavulanato de potássio | Comprimido                | 500mg + 125mg       |                                  | Conforme indicação em bula                                                     | Antibacteriano               | J01CR02 | 1,5  | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                                                                                                                        | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                             | CBAF                                   |
| 58   | Anfotericina B (complexo lipídico)    | Suspensão injetável       | 5 mg/mL             | Frasco-ampola                    | Micoses sistêmicas                                                             | Antifúngico                  | J02AA01 | 35   | mg            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                                                                               | Unidades de Saúde exclusivamente públicas devidamente cadastradas nos sistemas do Ministério da Saúde   | CESAF                                  |
| 59   | Anfotericina B (desoxicolato)         | Pó para solução injetável | 50mg                | Frasco-ampola + solução diluente | Infecção Oportunista e Leishmaniose                                            | Antifúngico                  | J02AA01 | 35   | mg            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde e Estado (Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.413/2016 e Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.596/2017 - Infecção Oportunista) | Farmácias Públicas municipais / Unidades de Saúde municipais e UDM                                      | CESAF                                  |
| 60   | Anfotericina B (lipossomal)           | Pó para solução injetável | 50mg                | Frasco-ampola + solução diluente | Leishmaniose                                                                   | Antifúngico                  | J02AA01 | 35   | mg            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                                                                               | Farmácias Públicas municipais / Unidades de Saúde municipais                                            | CESAF                                  |
| 61   | Anlodipino                            | Comprimido                | 5mg                 |                                  | Esclerose Sistêmica, Hipertensão Arterial Pulmonar, Conforme indicação em bula | Antianginoso e vasodilatador | C08CA01 | 5    | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                                                                                                                        | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                             | CBAF                                   |
| 62   | Anlodipino                            | Comprimido                | 10mg                |                                  | Esclerose Sistêmica, Hipertensão Arterial Pulmonar, Conforme indicação em bula | Antianginoso e vasodilatador | C08CA01 | 5    | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                                                                                                                        | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                             | CBAF                                   |
| 63   | Antimoniato de Meglumina              | Solução injetável         | 300mg/mL            | Ampola                           | Leishmaniose                                                                   | Antiparasitário              | P01CB01 | 0,85 | g             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                                                                               | Farmácias Públicas municipais/ Centro de Referência , René Rachou - CPqRR/ Unidades de Saúde municipais | CESAF                                  |

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

| Item | Denominação Genérica               | Forma Farmacêutica        | Concentração  | Apresentação | Doença                     | Grupo Terapêutico | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAF    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                                  | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|------------------------------------|---------------------------|---------------|--------------|----------------------------|-------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 64   | Artemeter + lumefantrina           | Comprimido                | 20mg + 120mg  |              | Malária                    | Antiparasitário   | P01BF01 | 0,29         | g             | Oral                   | sim (> 5Kg com acompanhamento) | não                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais     | CESAF                                  |
| 65   | Artesunato                         | Pó para solução injetável | 60mg          | Ampola       | Malária                    | Antiparasitário   | P01BE03 | 0,28         | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais     | CESAF                                  |
| 66   | Artesunato + Mefloquina cloridrato | Comprimido                | 25mg + 55mg   |              | Malária                    | Antiparasitário   | P01BF02 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Hospitais/ Centros de Referência | CESAF                                  |
| 67   | Artesunato + Mefloquina cloridrato | Comprimido                | 100mg + 220mg |              | Malária                    | Antiparasitário   | P01BF02 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Hospitais/ Centros de Referência | CESAF                                  |
| 68   | Atazanavir Sulfato                 | Cápsula                   | 300mg         |              | Infecção pelo HIV          | Antiviral         | J05AE08 | 0,3          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | UDM                                                             | CESAF                                  |
| 69   | Atenolol                           | Comprimido                | 50mg          |              | Conforme indicação em bula | Anti-hipertensivo | C07AB03 | 75           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais     | CBAF                                   |
| 70   | Atenolol                           | Comprimido                | 100mg         |              | Conforme indicação em bula | Anti-hipertensivo | C07AB03 | 75           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais     | CBAF                                   |
| 71   | Atorvastatina cálcica              | Comprimido                | 10mg          |              | Dislipidemia               | Hipolipemiante    | C10AA05 | 20           | mg            | Oral                   | Sim                            | Não                                | X                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município           | CEAF                                   |
| 72   | Atorvastatina cálcica              | Comprimido                | 20mg          |              | Dislipidemia               | Hipolipemiante    | C10AA05 | 20           | mg            | Oral                   | Sim                            | Não                                | X                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município           | CEAF                                   |
| 73   | Atorvastatina cálcica              | Comprimido                | 80mg          |              | Dislipidemia               | Hipolipemiante    | C10AA05 | 20           | mg            | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município           | CEAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica       | Forma Farmacêutica            | Concentração | Apresentação           | Doença                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Grupo Terapêutico | ATC     | DDD  | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAR    | Responsabilidade de Aquisição    | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|----------------------------|-------------------------------|--------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------|------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 74   | Azatioprina                | Comprimido                    | 50mg         |                        | Anemia aplásica, Mielodisplasi e Nutropenia Constitucional, Artrite Reumatoide, Dermatomiosite e Polimiosite, Doença de Crohn, Esclerose Múltipla, Esclerose Sistêmica, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Miastenia Gravis, Púrpura, Retocolite Ulcerativa, Transplante Cardíaco, Transplante de Coração e Pulmão, Transplante de Medula ou Pâncreas, Transplante de Coração, Transplante de Pulmão, Transplante Hepático, Transplante Renal, Uveítes | Imunossupressor   | L04AX01 | 0,15 | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | 2             | Estado                           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 75   | Azitromicina               | Comprimido                    | 500mg        |                        | Tracoma (campanha), Cólera, Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Antibacteriano    | J01FA10 | 0,3  | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde e Municípios | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF e CESAF                           |
| 76   | Azitromicina               | Pó para suspensão oral        | 40mg/mL      | Frasco                 | Tracoma (campanha), Cólera, Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Antibacteriano    | J01FA10 | 0,3  | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde e Municípios | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF e CESAF                           |
| 77   | Azitromicina               | Comprimido                    | 250mg        |                        | Coqueluche                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Antibacteriano    | J01FA10 | 0,3  | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde              | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CESAF                                  |
| 78   | Baricitinibe               | Comprimido                    | 2mg          |                        | Artrite reumatoide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Imunossupressor   | L04AA37 | 4    | mg            | Oral                   | não                            | não                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde              | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 79   | Baricitinibe               | Comprimido                    | 4mg          |                        | Artrite reumatoide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Imunossupressor   | L04AA37 | 4    | mg            | Oral                   | não                            | não                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde              | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 80   | Beclometasona Dipropionato | Solução para inalação oral    | 50mcg/dose   | Dispositivo inalatório | Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Antiasmático      | R03BA01 | 1,5  | mg            | Inalatório             | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                       | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 81   | Beclometasona Dipropionato | Suspensão para inalação nasal | 50mcg/dose   | Spray nasal            | Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Antiasmático      | R03BA01 | 0,4  | mg            | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                       | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 82   | Beclometasona Dipropionato | Solução para inalação oral    | 200mcg/dose  | Dispositivo inalatório | Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Antiasmático      | R03BA01 | 0,8  | mg            | Inalatório             | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                       | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

| Item | Denominação Genérica                                   | Forma Farmacêutica          | Concentração        | Apresentação           | Doença                                                                                              | Grupo Terapêutico  | ATC     | DDD | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAR    | Responsabilidade de Aquisição    | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|--------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------|-----|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 83   | Beclometasona Dipropionato                             | Solução para inalação oral  | 250mcg/dose         | Dispositivo inalatório | Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Conforme indicação em bula                                | Antiasmático       | R03BA01 | 0,8 | mg            | Inalatório             | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                       | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 84   | Beclometasona Dipropionato                             | Cápsula para inalação oral  | 200mcg/dose         | Dispositivo inalatório | Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Conforme indicação em bula                                | Antiasmático       | R03BA01 | 0,8 | mg            | Inalatório             | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                       | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 85   | Beclometasona Dipropionato                             | Cápsula para inalação oral  | 400mcg/dose         | Dispositivo inalatório | Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Conforme indicação em bula                                | Antiasmático       | R03BA01 | 0,8 | mg            | Inalatório             | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                       | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 86   | Bedaquilina                                            | Comprimido                  | 100mg               |                        | Tuberculose                                                                                         | Antimicobacteriano | J04AK05 | 86  | mg            | Oral                   | não                            | Sim                                | C (sem estudo)                    | não se aplica | Ministério da Saúde              | Centro de referência em tuberculose                         | CESAF                                  |
| 87   | Benzilpenicilina potássica                             | Pó para solução injetável   | 5.000.000UI         | Frasco-ampola          | Difteria, Doença Meningocócica, Leptospirose, Sífilis, Tétano acidental, Conforme indicação em bula | Antibacteriano     | J01CE01 | 3,6 | g             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde e Municípios | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF e CESAF                           |
| 88   | Benzilpenicilina benzatina                             | Pó para solução injetável   | 600.000UI           | Frasco-ampola          | Conforme indicação em bula                                                                          | Antibacteriano     | J01CR02 | 3,6 | g             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                       | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 89   | Benzilpenicilina benzatina                             | Pó para suspensão injetável | 1.200.000UI         | Frasco-ampola          | Doença falciforme, Prevenção da sífilis congênita, Conforme indicação em bula                       | Antibacteriano     | J01CR02 | 3,6 | g             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde e Municípios | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF e CESAF                           |
| 90   | Benzilpenicilina procaina + benzilpenicilina potássica | Pó para suspensão injetável | 3.000UI + 100.000UI | Frasco-ampola          | Conforme indicação em bula                                                                          | Antibacteriano     | J01CE30 | 0,6 | g             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                       | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 91   | Benznidazol                                            | Comprimido                  | 12,5mg              |                        | Doença de Chagas                                                                                    | Antiparasitário    | P01CA02 | 0,4 | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde              | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CESAF                                  |
| 92   | Benznidazol                                            | Comprimido                  | 100mg               |                        | Doença de Chagas                                                                                    | Antiparasitário    | P01CA02 | 0,4 | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde              | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CESAF                                  |
| 93   | Benzoilmetronidazol                                    | Suspensão oral              | 40mg/mL             | Frasco                 | Conforme indicação em bula                                                                          | Antiparasitário    | P01AB01 | 1,5 | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                       | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 94   | Betainterferona 1a                                     | Solução injetável           | 22mcg (6.000.000UI) | Seringa preenchida     | Esclerose Múltipla                                                                                  | Imunoestimulante   | L03AB07 | 4,3 | mcg           | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde              | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica                                  | Forma Farmacêutica                 | Concentração         | Apresentação                                           | Doença                                                   | Grupo Terapêutico                       | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAF    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica                                                                     |
|------|-------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 95   | Betainterferona 1a                                    | Solução injetável                  | 30mcg (6.000.000UI)  | Frasco-ampola, seringa preenchida ou caneta preenchida | Esclerose Múltipla                                       | Imunoestimulante                        | L03AB07 | 4,3          | mcg           | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                                                                                       |
| 96   | Betainterferona 1a                                    | Solução injetável                  | 44mcg (12.000.000UI) | Seringa preenchida                                     | Esclerose Múltipla                                       | Imunoestimulante                        | L03AB07 | 4,3          | mcg           | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                                                                                       |
| 97   | Betainterferona 1b                                    | Pó para solução injetável          | 300mcg (9.600.000UI) | Frasco-ampola                                          | Esclerose Múltipla                                       | Imunoestimulante                        | L03AB08 | 4            | MU            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                                                                                       |
| 98   | Betametasona Acetato + Betametasona Fosfato dissódico | Suspensão injetável                | 3mg/mL + 3mg/mL      | Ampola                                                 | Lúpus Eritematoso Sistêmico e Conforme indicação em bula | Anti-inflamatório esteroideal sistêmico | H02AB01 | 1,5          | mg            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                                                                                       |
| 99   | Bezafibrato                                           | Comprimido                         | 200mg                |                                                        | Dislipidemia                                             | Hipolipemiante                          | C10AB02 | 0,6          | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                                                                                       |
| 100  | Bimatoprost                                           | Solução oftálmica (frasco com 5mL) | 0,3mg/mL             | Frasco                                                 | Glaucoma                                                 | Oftalmológico                           | S01EE03 | não relatado | não relatado  | Tópico ocular          | não                            | não                                | C                                 | não se aplica | CRO-SUS                       | Centros de referência em oftalmologia                       | Não se aplica. Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (Portaria MS/GM nº 957, de 15 de maio de 2008) |
| 101  | Biotina                                               | Cápsula                            | 2,5mg                | Cápsula                                                | Deficiência de biotinidase                               | Suplemento vitamínico                   | A11HA05 | não relatado | não relatado  | Oral                   | sim                            | não                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                                                                                       |
| 102  | Biperideno Cloridrato                                 | Comprimido                         | 2mg                  |                                                        | Parkinson e Conforme indicação em bula                   | Antiparkinsoniano                       | N04AA02 | 10           | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                                                                                       |
| 103  | Biperideno Cloridrato                                 | Comprimido de liberação prolongada | 4mg                  |                                                        | Parkinson e Conforme indicação em bula                   | Antiparkinsoniano                       | N04AA02 | 10           | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                                                                                       |
| 104  | Biperideno Lactato                                    | Solução injetável                  | 5mg/mL               | Ampola                                                 | Parkinson e Conforme indicação em bula                   | Antiparkinsoniano                       | N04AA02 | 10           | g             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                                                                                       |
| 105  | Bosentana                                             | Comprimido                         | 62,5mg               |                                                        | Hipertensão Arterial Pulmonar                            | Anti-hipertensivo                       | C02KX01 | 0,25         | g             | Oral                   | Sim                            | Não                                | X                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                                                                                       |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica        | Forma Farmacêutica                   | Concentração | Apresentação           | Doença                                  | Grupo Terapêutico            | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica                                                                     |
|------|-----------------------------|--------------------------------------|--------------|------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 106  | Bosentana                   | Comprimido                           | 125mg        |                        | Hipertensão Arterial Pulmonar           | Anti-hipertensivo            | C02KX01 | 0,25         | g             | Oral                   | Sim                            | Não                                | X                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                                                                                       |
| 107  | Brimonidina Dextrotartarato | Solução oftálmica (frasco com 5ml)   | 2mg/mL       | Frasco                 | Glaucoma                                | Oftalmológico                | S01EA05 | não relatado | não relatado  | Tópico ocular          | não                            | não                                | B                                 | não se aplica | CRO-SUS                       | Centros de referência em oftalmologia                       | Não se aplica. Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (Portaria MS/GM nº 957, de 15 de maio de 2008) |
| 108  | Brinzolamida                | Suspensão oftálmica (frasco com 5mL) | 10mg/mL      | Frasco                 | Glaucoma                                | Oftalmológico                | S01EC04 | não relatado | não relatado  | Tópico ocular          | não relatado                   | não                                | C                                 | não se aplica | CRO-SUS                       | Centros de referência em oftalmologia                       | Não se aplica. Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (Portaria MS/GM nº 957, de 15 de maio de 2008) |
| 109  | Bromocriptina Mesilato      | Comprimido                           | 2,5mg        |                        | Doença de Parkinson, Hiperprolactinemia | Antiparkinsoniano            | N04BC01 | 40           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                                                                                       |
| 110  | Budesonida                  | Suspensão para inalação nasal        | 32mcg        | Spray nasal            | Conforme indicação em bula              | Descongestionant e nasal     | R01AD05 | 1,5          | mg            | Nasal                  | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                                                                                       |
| 111  | Budesonida                  | Suspensão para inalação nasal        | 50mcg        | Spray nasal            | Conforme indicação em bula              | Descongestionant e nasal     | R01AD05 | 1,5          | mg            | Nasal                  | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                                                                                       |
| 112  | Budesonida                  | Suspensão para inalação nasal        | 64mcg        | Spray nasal            | Conforme indicação em bula              | Descongestionant e nasal     | R01AD05 | 1,5          | mg            | Nasal                  | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                                                                                       |
| 113  | Budesonida                  | Cápsula para inalação                | 200mcg       | Dispositivo inalatório | Asma                                    | Antiasmático                 | R03BA02 | 0,8          | mg            | Inalatório             | Sim                            | Sim                                | B                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                                                                                       |
| 114  | Budesonida                  | Cápsula para inalação                | 400mcg       | Dispositivo inalatório | Asma                                    | Antiasmático                 | R03BA02 | 0,8          | mg            | Inalatório             | Sim                            | Sim                                | B                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                                                                                       |
| 115  | Bupropiona Cloridrato       | Comprimido de liberação prolongada   | 150mg        |                        | Combate ao Tabagismo                    | Antidepressivo               | N06AX12 | 0,3          | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CESAF                                                                                                      |
| 116  | Burosumabe                  | Solução injetável                    | 10mg/mL      | Frasco-ampola          | Raquitismo e Osteomalácia               | Tratamento de doenças ósseas | M05BX05 | não relatado | —             | Parenteral             | Sim                            | não                                | não identificado                  | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                                                                                       |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica | Forma Farmacêutica                   | Concentração     | Apresentação  | Doença                                                                                                                                                                     | Grupo Terapêutico                          | ATC                 | DDD          | Unidade (DDD)       | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição                                                                                                                 | Onde encontrar                                                                                                        | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|----------------------|--------------------------------------|------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------|--------------|---------------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 117  | Burosumabe           | Solução injetável                    | 20mg/mL          | Frasco-ampola | Raquitismo e Osteomalácia                                                                                                                                                  | Tratamento de doenças ósseas               | M05BX06             | não relatado | –                   | Parenteral             | Sim                            | não                                | não identificado                  | 1A            | Ministério da Saúde                                                                                                                           | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                                                 | CEAF                                   |
| 118  | Burosumabe           | Solução injetável                    | 30 mg/mL         | Frasco-ampola | Raquitismo e Osteomalácia                                                                                                                                                  | Tratamento de doenças ósseas               | M05BX07             | não relatado | –                   | Parenteral             | Sim                            | não                                | não identificado                  | 1A            | Ministério da Saúde                                                                                                                           | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                                                 | CEAF                                   |
| 119  | Cabergolina          | Comprimido                           | 0,5mg            |               | Acromegalia e gigantismo hipofisário, Hiperprolactinemia, Inibidores da prolactina, Inibidores de lactação em pacientes de HIV/AIDS, Parkinson, Conforme indicação em bula | Inibidor da prolactina / Antiparkinsoniano | G02CB03/<br>N04BC07 | 0,5/4        | mg                  | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde, Estado (Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.413/2016 e Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.596/2017 - Infecção Oportunista) e Municípios | Farmácia Regional Estadual de referência do município/UDM/Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF, CESAF e CEAF                     |
| 120  | Calcipotriol         | Pomada (bisnaga com 30g)             | 50mcg/g (0,005%) | Bisnaga       | Psoríase                                                                                                                                                                   | Antipsoriático tópico                      | D05AX02             | não relatado | não relatado        | Tópico                 | Não                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                                                                                                                                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                                                 | CEAF                                   |
| 121  | Calcitonina          | Solução spray nasal (frasco com 2ml) | 200UI/dose       | Frasco        | Osteoporose, Doença de Paget- Osteíte Deformante                                                                                                                           | Hormônio antiparatiroides                  | H05BA               | 200          | U                   | Nasal                  | Não                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                                                                                                                                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                                                 | CEAF                                   |
| 122  | Calcitriol           | Cápsula mole                         | 0,25mcg          |               | Hipoparatiroidismo, Osteoporose, Raquitismo e Osteomalácia, Distúrbio Mineral e Ósseo na Doença Renal Crônica, Hipoparatiroidismo pós-procedimento                         | Suplemento vitamínico                      | A11CC04             | 1            | mg                  | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                                                                                                                                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                                                 | CEAF                                   |
| 123  | Captopril            | Comprimido                           | 25mg             |               | Esclerose Sistêmica, Hipertensão de Emergência, Conforme indicação em bula                                                                                                 | Anti-hipertensivo                          | C09AA01             | 50           | mg                  | Oral                   | Não                            | Sim                                | B/D                               | não se aplica | Municípios                                                                                                                                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                           | CBAF                                   |
| 124  | Capreomicina         | Pó para solução injetável            | 1g               | Frasco        | Tuberculose                                                                                                                                                                | Antimicobacteriano                         | J04AB30             | 1            | g                   | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | X                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                                                                                           | Centro de referência em tuberculose                                                                                   | CESAF                                  |
| 125  | Carbamazepina        | Comprimido                           | 200mg            |               | Dor crônica, Epilepsia, Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I, Conforme indicação em bula                                                                                   | Antiepiléptico                             | N03AF01             | 1            | g                   | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                                                                                                                                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                           | CBAF                                   |
| 126  | Carbamazepina        | Comprimido                           | 400mg            |               | Dor crônica, Epilepsia, Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I, Conforme indicação em bula                                                                                   | Antiepiléptico                             | N03AF01             | 1            | g                   | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                                                                                                                                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                           | CBAF                                   |
| 127  | Carbamazepina        | Suspensão oral                       | 20mg/mL          | Frasco        | Dor crônica, Epilepsia, Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I, Conforme indicação em bula                                                                                   | Antiepiléptico                             | N03AF01             | 1            | g*(converter em mL) | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                                                                                                                                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                           | CBAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica                 | Forma Farmacêutica        | Concentração                      | Apresentação  | Doença                                                                                                                          | Grupo Terapêutico             | ATC     | DDD  | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|--------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------|------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 128  | Carbonato de cálcio                  | Comprimido                | 1.250mg (500mg de cálcio)         |               | Doença de Paget, Hipoparatiroidismo, Doença Mineral Óssea, Osteoporose, Raquitismo e Osteomalácia, Conforme indicação em bula   | Suplemento vitamínico mineral | A12AA04 | 3    | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 129  | Carbonato de cálcio + colecalciferol | Comprimido                | 1.250mg (500mg de cálcio) + 200UI |               | Doença de Paget, Hipoparatiroidismo, Osteogênese Imperfeita, Raquitismo e Osteomalácia, Conforme indicação em bula              | Suplemento vitamínico mineral | A11CC05 | 20   | mcg           | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 130  | Carbonato de cálcio + colecalciferol | Comprimido                | 1.250mg (500mg de cálcio) + 400UI |               | Doença de Paget, Hipoparatiroidismo, Osteogênese Imperfeita, Osteoporose, Raquitismo e Osteomalácia, Conforme indicação em bula | Suplemento vitamínico mineral | A11CC05 | 20   | mcg           | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 131  | Carbonato de cálcio + colecalciferol | Comprimido                | 1.500mg (600mg de cálcio) + 400UI |               | Doença de Paget, Hipoparatiroidismo, Osteoporose, Raquitismo e Osteomalácia, Conforme indicação em bula                         | Suplemento vitamínico mineral | A11CC05 | 20   | mcg           | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 132  | Carvedilol                           | Comprimido                | 3,125mg                           |               | Conforme indicação em bula                                                                                                      | Anti-hipertensivo             | C07AG02 | 37,5 | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C/D                               | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 133  | Carvedilol                           | Comprimido                | 6,25mg                            |               | Conforme indicação em bula                                                                                                      | Anti-hipertensivo             | C07AG02 | 37,5 | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C/D                               | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 134  | Carvedilol                           | Comprimido                | 12,5mg                            |               | Conforme indicação em bula                                                                                                      | Anti-hipertensivo             | C07AG02 | 37,5 | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C/D                               | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 135  | Carvedilol                           | Comprimido                | 25mg                              |               | Conforme indicação em bula                                                                                                      | Anti-hipertensivo             | C07AG02 | 37,5 | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C/D                               | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 136  | Cefalexina                           | Comprimido ou cápsula     | 500mg                             |               | Conforme indicação em bula                                                                                                      | Antibacteriano                | J01DB01 | 2    | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 137  | Cefalexina                           | Suspensão oral            | 50mg/mL                           | Frasco        | Conforme indicação em bula                                                                                                      | Antibacteriano                | J01DB01 | 2    | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 138  | Cefotaxima sódica                    | Pó para solução injetável | 500mg                             | Frasco-ampola | Leptospirose e Conforme indicação em bula                                                                                       | Antibacteriano                | J01DD01 | 4    | g             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica | Forma Farmacêutica        | Concentração | Apresentação       | Doença                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Grupo Terapêutico | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAF    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|----------------------|---------------------------|--------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 139  | Ceftriaxona          | Pó para solução injetável | 250mg        | Solução            | Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Antibacteriano    | J01DD04 | 2            | g             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 140  | Ceftriaxona          | Pó para solução injetável | 1g           | Frasco-ampola      | Febre Tifoide, Leptospirose, Meningite por <i>Haemophilus Influenzae</i> , Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Antibacteriano    | J01DD04 | 2            | g             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 141  | Ceftriaxona          | Pó para solução injetável | 500mg        | Solução            | Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Antibacteriano    | J01DD04 | 2            | g             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 142  | Certolizumabe pegol  | Solução injetável         | 200mg        | Seringa preenchida | Artrite Reumatoide, Artrite Psoriaca, Doença de Crohn, Espondilite Ancilosante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Imunossupressor   | L04AB05 | 14           | mg            | Parenteral             | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 143  | Cetoconazol          | Xampu                     | 20mg/g (2%)  | Frasco             | Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Antifúngico       | D01AC08 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 144  | Cianocobalamina      | Solução injetável         | 1.000mcg     | Ampola             | Homocistinúria Clássica e Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Antianêmico       | B03BA01 | 20           | mcg           | Parenteral             | Não                            | Sim                                | A                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 145  | Ciclofosfamida       | Comprimido                | 50mg         |                    | Anemia Hemolítica Autoimune, Aplasia, Esclerose Sistêmica, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Púrpura Trombocitopênica Idiopática, Síndrome Nefrótica, Síndrome de Falência Medular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Antineoplásico    | L01AA01 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 146  | Ciclosporina         | Cápsula mole              | 25mg         |                    | Anemia Hemolítica Autoimune, Aplasia, Anemia Aplástica Adquirida, Anemia Aplástica, Artrite Reumatoide, Artrite Idiopática Juvenil, Artrite Psoriásica, Dermatomiosite e Polimiosite, Dermate atópica, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Miastenia Gravis, Mielodisplasia e Neutropenia Constitucionais, Psoríase, Retocolite Ulcerativa, Síndrome Nefrótica, Síndrome de Falência Medular, Transplante Renal, Transplante Hepático, Transplante Cardíaco, Transplante Coração e Pulmão, Transplante Medula Óssea e Pâncreas, Uveítes. | Imunossupressor   | L04AD01 | 0,25         | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica | Forma Farmacêutica | Concentração | Apresentação | Doença                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Grupo Terapêutico | ATC     | DDD  | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAF | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                        | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|----------------------|--------------------|--------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------|------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 147  | Ciclosporina         | Cápsula mole       | 50mg         |              | Anemia Hemolítica Autoimune, Aplasia, Anemia Aplástica Adquirida, Anemia Aplástica, Artrite Reumatoide, Artrite Idiopática Juvenil, Artrite Psoriásica, Dermatomiosite e Polimiosite, Dermatite atópica, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Miastenia Gravis, Mielodisplasia e Neutropenia Constitucionais, Psoríase, Retocolite Ulcerativa, Síndrome Nefrótica, Síndrome de Falência Medular, Transplante Renal, Transplante Hepático, Transplante Cardíaco, Transplante Coração e Pulmão, Transplante Medula Óssea e Pâncreas, Uveítes. | Imunossupressor   | L04AD01 | 0,25 | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 2          | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 148  | Ciclosporina         | Cápsula mole       | 100mg        |              | Anemia Hemolítica Autoimune, Aplasia, Anemia Aplástica Adquirida, Anemia Aplástica, Artrite Reumatoide, Artrite Idiopática Juvenil, Artrite Psoriásica, Dermatomiosite e Polimiosite, Dermatite atópica, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Miastenia Gravis, Mielodisplasia e Neutropenia Constitucionais, Psoríase, Retocolite Ulcerativa, Síndrome Nefrótica, Síndrome de Falência Medular, Transplante Renal, Transplante Hepático, Transplante Cardíaco, Transplante Coração e Pulmão, Transplante Medula Óssea e Pâncreas, Uveítes. | Imunossupressor   | L04AD01 | 0,25 | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 2          | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica   | Forma Farmacêutica             | Concentração | Apresentação | Doença                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Grupo Terapêutico         | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|------------------------|--------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 149  | Ciclosporina           | Solução oral (frasco com 50mL) | 100mg/mL     | Frasco       | Anemia Hemolítica Autoimune, Aplasia, Anemia Aplástica Adquirida, Anemia Aplástica, Artrite Reumatoide, Artrite Idiopática Juvenil, Artrite Psoriásica, Dermatomiosite e Polimiosite, Dermatite atópica, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Miastenia Gravis, Mielodisplasia e Neutropenia Constitucionais, Psoríase, Retocolite Ulcerativa, Síndrome Nefrótica, Síndrome de Falência Medular, Transplante Renal, Transplante Hepático, Transplante Cardíaco, Transplante Coração e Pulmão, Transplante Medula Óssea e Pâncreas, Uveíte. | Imunossupressor           | L04AD01 | 0,25         | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 150  | Cinacalcete Cloridrato | Comprimido                     | 30mg         |              | Distúrbio Mineral e Ósseo na Doença Renal Crônica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Hormônio antiparatiroides | H05BX01 | 60           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 151  | Cinacalcete Cloridrato | Comprimido                     | 60mg         |              | Distúrbio Mineral e Ósseo na Doença Renal Crônica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Hormônio antiparatiroides | H05BX01 | 60           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 152  | Ciprofibrato           | Comprimido                     | 100mg        |              | Dislipidemia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Hipolipemiante            | C10AB08 | 0,1          | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 153  | Ciprofloxacino         | Comprimido                     | 250mg        |              | Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Antibacteriano            | J01MA02 | 1            | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 154  | Ciprofloxacino         | Comprimido                     | 500mg        |              | Doença de Crohn, Febre Tifoide, Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Antibacteriano            | J01MA02 | 1            | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 155  | Ciproterona Acetato    | Comprimido                     | 50mg         |              | Hiperplasia adrenal congênita, Puberdade precoce, Síndrome de Ovários Policísticos, Hirsutismo (Síndrome de Ovários Policísticos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Antiantidrogênio          | G03HA01 | 0,1          | g             | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 156  | Cladribina             | Comprimido                     | 10mg         |              | Esclerose múltipla                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Antimetabólico            | L01BB04 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica    | Forma Farmacêutica               | Concentração | Apresentação | Doença                                              | Grupo Terapêutico                   | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAF    | Responsabilidade de Aquisição    | Onde encontrar                                                                                    | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|-------------------------|----------------------------------|--------------|--------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 157  | Claritromicina          | Comprimido                       | 250mg        |              | Coqueluche e Conforme indicação em bula             | Antibacteriano                      | J01FA09 | 0,5          | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                       | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                       | CBAF                                   |
| 158  | Claritromicina          | Comprimido ou cápsula            | 500mg        |              | Tuberculose e Conforme indicação em bula            | Antibacteriano                      | J01FA09 | 0,5          | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios e Ministério da Saúde | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais / Centro de referência em tuberculose | CBAF e CESAF                           |
| 159  | Claritromicina          | Suspensão oral                   | 50mg/mL      | Frasco       | Conforme indicação em bula                          | Antibacteriano                      | J01FA09 | 0,5          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                       | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                       | CBAF                                   |
| 160  | Clindamicina Cloridrato | Cápsula                          | 150mg        |              | Conforme indicação em bula                          | Antibacteriano                      | J01FF01 | 1,2          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                       | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                       | CBAF                                   |
| 161  | Clindamicina Cloridrato | Cápsula                          | 300mg        |              | Hidradenite Supurativa e Conforme indicação em bula | Antibacteriano                      | J01FA01 | 1,2          | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde e Municípios | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                       | CBAF                                   |
| 162  | Clobazam                | Comprimido                       | 10mg         |              | Epilepsia                                           | Ansiolítico                         | N05BA09 | 20           | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | 2             | Estado                           | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                             | CEAF                                   |
| 163  | Clobazam                | Comprimido                       | 20mg         |              | Epilepsia                                           | Ansiolítico                         | N05BA09 | 20           | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | 2             | Estado                           | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                             | CEAF                                   |
| 164  | Clobetasol Propionato   | Creme (bisnaga com 30g)          | 0,5mg/g      | Bisnaga      | Psoríase                                            | Antiinflamatório esteroideal tópico | D07AD01 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                           | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                             | CEAF                                   |
| 165  | Clobetasol Propionato   | Solução capilar (frasco com 50g) | 0,5mg/g      | Frasco       | Psoríase                                            | Antiinflamatório esteroideal tópico | D07AD01 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                           | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                             | CEAF                                   |
| 166  | Clofazimina             | Cápsula                          | 50mg         |              | Hanseníase                                          | Antimicobacteriano                  | J04BA01 | 0,1          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde              | Centros de referência em hanseníase e Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CESAF                                  |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica     | Forma Farmacêutica    | Concentração  | Apresentação | Doença                                                                  | Grupo Terapêutico       | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                                                                                        | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|--------------------------|-----------------------|---------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 167  | Clofazimina              | Cápsula               | 100mg         |              | Hanseníase                                                              | Antimicobacteriano      | J04BA01 | 0,1          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Centros de referência em hanseníase e Farmácia Regional Estadual de referência do município                           | CESAF                                  |
| 168  | Clomipramina Cloridrato  | Comprimido            | 10mg          |              | Dor crônica e Conforme indicação em bula                                | Antidepressivo          | N06AA04 | 0,1          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C/D                               | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                           | CBAF                                   |
| 169  | Clomipramina Cloridrato  | Comprimido            | 25mg          |              | Dor crônica e Conforme indicação em bula                                | Antidepressivo          | N06AA04 | 0,1          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C/D                               | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                           | CBAF                                   |
| 170  | Clonazepam               | Solução oral          | 2,5mg/mL      | Frasco       | Epilepsia e Conforme indicação em bula                                  | Antiepiléptico          | N03AE01 | 8            | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                           | CBAF                                   |
| 171  | Clopidogrel              | Comprimido            | 75mg          |              | Síndromes Coronarianas Agudas                                           | Antitrombótico          | B01AC04 | 75           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                                                 | CEAF                                   |
| 172  | Cloranfenicol            | Comprimido ou cápsula | 250mg         |              | Febre Tifoide e Conforme indicação em bula                              | Antibacteriano          | J01BA01 | 3            | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C/D                               | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                           | CBAF                                   |
| 173  | Cloranfenicol palmitato  | Suspensão oral        | 54,4mg/mL     | Frasco       | Conforme indicação em bula                                              | Antibacteriano          | J01BA01 | 3            | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C/D                               | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                           | CBAF                                   |
| 174  | Cloreto de Sódio         | Solução nasal         | 0,9% (9mg/mL) | Frasco spray | Conforme indicação em bula                                              | Descongestionante nasal | R01AX10 | não relatado | não relatado  | Nasal                  | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                           | CBAF                                   |
| 175  | Cloroquina Difosfato     | Comprimido            | 150mg         |              | Artrite Reumatoide, Malária                                             | Antiparasitário         | P01BA01 | 0,5          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | 2             | Ministério da Saúde e Estado  | Farmácia Regional Estadual de referência do município/Farmácias Públicas municipais/ Hospitais/ Centros de Referência | CEAF e CESAF                           |
| 176  | Clorpromazina Cloridrato | Solução injetável     | 5mg/mL        | Ampola       | Transtorno Esquizoafetivo, Tétano acidental, Conforme indicação em bula | Antipsicótico           | N05AA01 | 0,3          | g             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C/D                               | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                           | CBAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica                                                                                                | Forma Farmacêutica              | Concentração | Apresentação | Doença                                                                                    | Grupo Terapêutico      | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAF    | Responsabilidade de Aquisição           | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 177  | Clorpromazina Cloridrato                                                                                            | Solução oral                    | 40mg/mL      | Frasco       | Transtorno Esquizoafetivo e Conforme indicação em bula                                    | Antipsicótico          | N05AA01 | 0,3          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C/D                               | não se aplica | Municípios                              | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 178  | Clorpromazina Cloridrato                                                                                            | Comprimido                      | 25mg         |              | Transtorno Esquizoafetivo e Conforme indicação em bula                                    | Antipsicótico          | N05AA01 | 0,3          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C/D                               | não se aplica | Municípios                              | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 179  | Clorpromazina Cloridrato                                                                                            | Comprimido                      | 100mg        |              | Transtorno Esquizoafetivo e Conforme indicação em bula                                    | Antipsicótico          | N05AA01 | 0,3          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C/D                               | não se aplica | Municípios                              | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 180  | Clozapina                                                                                                           | Comprimido                      | 25mg         |              | Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno afetivo bipolar, Doença de Parkinson | Antipsicótico          | N05AH02 | 0,3          | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde                     | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 181  | Clozapina                                                                                                           | Comprimido                      | 100mg        |              | Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno afetivo bipolar                      | Antipsicótico          | N05AH02 | 0,3          | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde                     | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 182  | Codeína Fosfato                                                                                                     | Solução oral (frasco com 120mL) | 3mg/mL       | Frasco       | Dor Crônica                                                                               | Opiáceo                | N02AA59 | 0,1          | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C/D                               | 2             | Estado                                  | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 183  | Codeína Fosfato                                                                                                     | Comprimido                      | 30mg         |              | Dor Crônica                                                                               | Opiáceo                | N02AA59 | 0,1          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C/D                               | 2             | Estado                                  | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 184  | Codeína Fosfato                                                                                                     | Comprimido                      | 60mg         |              | Dor Crônica                                                                               | Opiáceo                | N02AA59 | 0,1          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C/D                               | 2             | Estado                                  | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 185  | Colistimetato Sódico                                                                                                | Pó para uso inalatório          | 1.000.000UI  |              | Fibrose Cística                                                                           | Antibacteriano         | J01XB01 | 3            | MU            | Inalatório             | Sim                            | Não                                | D                                 | 2             | Estado (Resolução SES/MG Nº 7.214/2020) | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 186  | Complemento alimentar para paciente fenilcetonúrico adulto, gestante e adolescente (fórmula isenta de fenilalanina) | Pó                              |              | Lata         | Fenilcetonúria                                                                            | Formulação nutricional | V06CA   | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | NA                                | 2             | Estado                                  | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 187  | Complemento alimentar para paciente fenilcetonúrico maior de 1 ano (fórmula de aminoácidos isenta de fenilalanina)  | Pó                              |              | Lata         | Fenilcetonúria                                                                            | Formulação nutricional | V06CA   | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | NA                                | 2             | Estado                                  | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica                                                                                               | Forma Farmacêutica        | Concentração | Apresentação | Doença                                                                                                | Grupo Terapêutico      | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAR    | Responsabilidade de Aquisição                                                                               | Onde encontrar                                        | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 188  | Complemento alimentar para paciente fenilcetonúrico menor de 1 ano (fórmula de aminoácidos isenta de fenilalanina) | Pó                        |              | Lata         | Fenilcetonúria                                                                                        | Formulação nutricional | V06CA   | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | NA                                | 2             | Estado                                                                                                      | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 189  | Daclatasvir                                                                                                        | Comprimido                |              | 60 mg        | Hepatite Viral C                                                                                      | Antiviral              | J05AP58 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Não                            | Não                                | NA                                | não se aplica | Ministério da Saúde                                                                                         | UDM                                                   | CESAF                                  |
| 190  | Danazol                                                                                                            | Cápsula                   | 100mg        |              | Angiodema Hereditário, Endometriose, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Púrpura Trombocitopênica Idiopática | Modulador hormonal     | G03XA01 | 0,6          | g             | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | 1B            | Estado                                                                                                      | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 191  | Dapagliflozina                                                                                                     | Comprimido                | 10mg         |              | Diabetes Mellitus Tipo 2, Doença Renal Crônica, Insuficiência Cardíaca Congestiva                     | Hipoglicemiante oral   | A10BX09 | 10           | mg            | Oral                   | Não                            | Não                                | C                                 | 2             | Estado                                                                                                      | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 192  | Dapsona                                                                                                            | Comprimido                | 100mg        |              | Infecção Oportunista                                                                                  | Antimicobacteriano     | J04BA02 | 50           | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Estado (Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.413/2016 e Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.596/2017 - Infecção Oportunista) | UDM                                                   | CESAF                                  |
| 193  | Darunavir                                                                                                          | Comprimido                | 75mg         |              | Infecção pelo HIV                                                                                     | Antiviral              | J05AE10 | 1,2          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                                                         | UDM                                                   | CESAF                                  |
| 194  | Darunavir                                                                                                          | Comprimido                | 150mg        |              | Infecção pelo HIV                                                                                     | Antiviral              | J05AE10 | 1,2          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                                                         | UDM                                                   | CESAF                                  |
| 195  | Darunavir                                                                                                          | Comprimido                | 600mg        |              | Infecção pelo HIV                                                                                     | Antiviral              | J05AE10 | 1,2          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                                                         | UDM                                                   | CESAF                                  |
| 196  | Darunavir                                                                                                          | Comprimido                | 800mg        |              | Infecção pelo HIV                                                                                     | Antiviral              | J05AE11 | 1,2          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                                                         | UDM                                                   | CESAF                                  |
| 197  | Deferasirox                                                                                                        | Comprimido para suspensão | 125mg        |              | Sobrecarga de Ferro                                                                                   | Quelante do ferro      | V03AC03 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                                                         | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 198  | Deferasirox                                                                                                        | Comprimido para suspensão | 250mg        |              | Sobrecarga de Ferro                                                                                   | Quelante do ferro      | V03AC03 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                                                         | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 199  | Deferasirox                                                                                                        | Comprimido para suspensão | 500mg        |              | Sobrecarga de Ferro                                                                                   | Quelante do ferro      | V03AC03 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                                                         | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 200  | Deferiprona                                                                                                        | Comprimido                | 500mg        |              | Sobrecarga de Ferro                                                                                   | Quelante do ferro      | V03AC02 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Não                                | X                                 | 1B            | Estado                                                                                                      | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 201  | Delamanida                                                                                                         | Comprimido                | 50mg         |              | Tuberculose                                                                                           | Antimicobacteriano     | J04AK06 | 0.2          | g             | Oral                   | não                            | Sim                                | C (sem estudo)                    | não se aplica | Ministério da Saúde                                                                                         | Centro de referência em tuberculose                   | CESAF                                  |

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

| Item | Denominação Genérica           | Forma Farmacêutica               | Concentração  | Apresentação  | Doença                                                                                                                     | Grupo Terapêutico                       | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|--------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 202  | Desferroxamina Mesilato        | Pó para solução injetável        | 500mg         | Frasco-ampola | Distúrbio Mineral e Ósseo na Doença Renal Crônica, Sobrecarga de Ferro                                                     | Quelante do ferro                       | V03AC01 | não relatado | não relatado  | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 203  | Desmopressina Acetato          | Solução nasal (frasco com 2,5mL) | 0,1mg/mL      | Frasco        | Diabetes Insípido                                                                                                          | Hormônio hipofisário                    | H01BA02 | 25           | mcg           | Nasal                  | Sim                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 204  | Desmopressina Acetato          | Comprimido                       | 0,1mg         |               | Diabetes Insípido                                                                                                          | Hormônio hipofisário                    | H01BA02 | 0,4          | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 205  | Desmopressina Acetato          | Comprimido                       | 0,2mg         |               | Diabetes Insípido                                                                                                          | Hormônio hipofisário                    | H01BA02 | 0,4          | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 206  | Dexametasona                   | Creme                            | 1mg/g (0,1%)  | Bisnaga       | Psoríase e Conforme indicação em bula                                                                                      | Antiinflamatório esteroideal tópico     | D07AB19 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 207  | Dexametasona                   | Pomada oftálmica                 | 1mg/g (0,1%)  | Bisnaga       | Conforme indicação em bula                                                                                                 | Oftalmológico                           | S01BA01 | não relatado | não relatado  | Ocular                 | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 208  | Dexametasona                   | Suspensão oftálmica              | 1mg/mL (0,1%) | Frasco        | Conforme indicação em bula                                                                                                 | Oftalmológico                           | S01BA01 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 209  | Dexametasona                   | Comprimido                       | 4mg           |               | Hiperplasia Adrenal Primária, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Púrpura Trombocitopênica Idiopática, Conforme indicação em bula | Anti-inflamatório esteroideal sistêmico | H02AB02 | 1,5          | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 210  | Dexametasona                   | Elixir                           | 0,1mg/mL      | Frasco        | Hiperplasia Adrenal Primária e Conforme indicação em bula                                                                  | Anti-inflamatório esteroideal sistêmico | H02AB02 | 1,5          | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 211  | Dexametasona Fosfato dissódico | Solução injetável                | 4mg/mL        | Ampola        | Hiperplasia Adrenal Primária, Insuficiência Adrenal Primária, Conforme indicação em bula                                   | Anti-inflamatório esteroideal sistêmico | H02AB02 | 1,5          | mg            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 212  | Dexclorfeniramina Maleato      | Comprimido                       | 2mg           |               | Conforme indicação em bula                                                                                                 | Anti-histamínico                        | R06AB02 | 6            | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B/D                               | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 213  | Dexclorfeniramina Maleato      | Solução oral                     | 0,4mg/mL      | Frasco        | Conforme indicação em bula                                                                                                 | Anti-histaminico                        | R06AB02 | 6            | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B/D                               | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica      | Forma Farmacêutica                 | Concentração | Apresentação | Doença                                                       | Grupo Terapêutico        | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAR    | Responsabilidade de Aquisição                                          | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica                                                                     |
|------|---------------------------|------------------------------------|--------------|--------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 214  | Diazepam                  | Comprimido                         | 5mg          |              | Conforme indicação em bula                                   | Ansiolítico              | N05BA01 | 10           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                                                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                                                                                       |
| 215  | Diazepam                  | Comprimido                         | 10mg         |              | Conforme indicação em bula                                   | Ansiolítico              | N05BA01 | 10           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                                                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                                                                                       |
| 216  | Dietilcarbamazina Citrato | Comprimido                         | 50mg         |              | Filariose                                                    | Antiparasitário          | P02CB02 | 0,4          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CESAF                                                                                                      |
| 217  | Digoxina                  | Comprimido                         | 0,25mg       |              | Conforme indicação em bula                                   | Glicosídeo cardíaco      | C01AA05 | 0,25         | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                                                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                                                                                       |
| 218  | Digoxina                  | Elixir                             | 0,05mg/mL    | Frasco       | Conforme indicação em bula                                   | Glicosídeo cardíaco      | C01AA05 | 0,25         | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                                                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                                                                                       |
| 219  | Dipirona                  | Solução injetável                  | 500mg/mL     | Ampola       | Arboviroses (Dengue) e Conforme indicação em bula            | Analgésico e antitérmico | N02BB02 | 3            | g             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Estado (Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.240/2020 Arboviroses) e Municípios | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF e CESAF                                                                                               |
| 220  | Dipirona                  | Comprimido                         | 500mg        |              | Dor crônica e Conforme indicação em bula                     | Analgésico e antitérmico | N02BB02 | 3            | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                                                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                                                                                       |
| 221  | Dipirona                  | Solução oral                       | 500mg/mL     | Frasco gotas | Arbovirose (Dengue), Dor crônica, Conforme indicação em bula | Analgésico e antitérmico | N02BB02 | 3            | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Estado (Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.240/2020 Arboviroses) e Municípios | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF e CESAF                                                                                               |
| 222  | Dolutegravir sódico       | Comprimido                         | 5mg          |              | Infecção pelo HIV                                            | Antiviral                | J05AX12 | 50           | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                    | UDM                                                         | CESAF                                                                                                      |
| 223  | Dolutegravir sódico       | Comprimido                         | 50mg         |              | Infecção pelo HIV                                            | Antiviral                | J05AX12 | 50           | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                    | UDM                                                         | CESAF                                                                                                      |
| 224  | Donepezila Cloridrato     | Comprimido                         | 5mg          |              | Doença de Alzheimer                                          | Antidemência             | N06DA02 | 7,5          | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                    | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                                                                                       |
| 225  | Donepezila Cloridrato     | Comprimido                         | 10mg         |              | Doença de Alzheimer                                          | Antidemência             | N06DA02 | 7,5          | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                    | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                                                                                       |
| 226  | Dorzolamida Cloridrato    | Solução oftálmica (frasco com 5mL) | 20mg/mL      | Frasco       | Glaucoma                                                     | Oftalmológico            | S01EC03 | não relatado | não relatado  | Tópico ocular          | não                            | não                                | C                                 | não se aplica | CRO-SUS                                                                | Centros de referência em oftalmologia                       | Não se aplica. Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (Portaria MS/GM nº 957, de 15 de maio de 2008) |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica                             | Forma Farmacêutica                 | Concentração          | Apresentação | Doença                                                                                            | Grupo Terapêutico                 | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|--------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 227  | Doxazosina Mesilato                              | Comprimido                         | 2mg                   |              | Conforme indicação em bula                                                                        | Anti-hipertensivo                 | C02CA04 | 4            | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 228  | Doxazosina Mesilato                              | Comprimido                         | 4mg                   |              | Conforme indicação em bula                                                                        | Anti-hipertensivo                 | C02CA04 | 4            | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 229  | Doxiciclina                                      | Comprimido                         | 100mg                 |              | Brucelose, Donovanose, Doença inflamatória pélvica, Febre Maculosa, Sífilis, Cólera, Leptospirose | Antibacteriano                    | J01AA02 | 0,1          | g             | Oral                   | Sim                            | Não                                | X                                 | não se aplica | Ministério da Saúde e Estado  | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CESAF                                  |
| 230  | Ecuzumabe                                        | Solução para diluição para infusão | 10mg/ml               |              | Hemoglobinúria paroxística noturna                                                                | Imunossupressor                   | L04AA25 | 64           | mg            | Parenteral             | sim                            | não                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 231  | Dolutegravir sódico + Lamivudina                 | Comprimido                         | 50 mg + 300 mg        | Frasco       | Infecção pelo HIV                                                                                 | Antiviral                         | J05AX12 | 50           | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | UDM                                                         | CESAF                                  |
| 232  | Efavirenz                                        | Cápsula                            | 200mg                 |              | Infecção pelo HIV                                                                                 | Antiviral                         | J05AG03 | 0,6          | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | UDM                                                         | CESAF                                  |
| 233  | Efavirenz                                        | Comprimido                         | 600mg                 |              | Infecção pelo HIV                                                                                 | Antiviral                         | J05AG03 | 0,6          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | UDM                                                         | CESAF                                  |
| 234  | Efavirenz                                        | Solução oral                       | 30mg/mL               | Frasco       | Infecção pelo HIV                                                                                 | Antiviral                         | J05AG03 | 0,6          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | UDM                                                         | CESAF                                  |
| 235  | Elexacaftor + Tezacaftor + Ivacaftor + Ivacaftor | Comprimido revestido               | 100 +50 + 75 + 150 mg |              | Fibrose cística                                                                                   | Tratamento de doença respiratória | R07AX32 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim (> 6 anos)                 | sim com acompanhamento             | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 236  | Elexacaftor + Tezacaftor + Ivacaftor + Ivacaftor | Comprimido revestido               | 50+25+37,5+75 mg      |              | Fibrose cística                                                                                   | Tratamento de doença respiratória | R07AX32 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim (> 6 anos)                 | sim com acompanhamento             | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 237  | Eltrombopague Olamina                            | Comprimido                         | 25mg                  |              | Púrpura Trombocitopênica Idiopática, Anemia Aplástica                                             | Antihemorrágico                   | B02BX05 | 50           | mg            | Oral                   | Sim (acima 6 anos)             | Não                                | C                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 238  | Eltrombopague Olamina                            | Comprimido                         | 50mg                  |              | Púrpura Trombocitopênica Idiopática, Anemia Aplástica                                             | Antihemorrágico                   | B02BX05 | 50           | mg            | Oral                   | Sim (acima 6 anos)             | Não                                | C                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 239  | Enalapril Maleato                                | Comprimido                         | 5mg                   |              | Síndrome Nefrótica Primária em Crianças e Adolescentes, Conforme indicação em bula                | Anti-hipertensivo                 | C09AA02 | 10           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | B/D                               | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 240  | Enalapril Maleato                                | Comprimido                         | 10mg                  |              | Síndrome Nefrótica Primária em Crianças e Adolescentes, Conforme indicação em bula                | Anti-hipertensivo                 | C09AA02 | 10           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | B/D                               | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica     | Forma Farmacêutica        | Concentração                        | Apresentação                     | Doença                                                                             | Grupo Terapêutico | ATC     | DDD  | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|--------------------------|---------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------|------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 241  | Enalapril Maleato        | Comprimido                | 20mg                                |                                  | Síndrome Nefrótica Primária em Crianças e Adolescentes, Conforme indicação em bula | Anti-hipertensivo | C09AA02 | 10   | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | B/D                               | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 242  | Enfuvirtida              | Pó para solução injetável | 108mg (90mg/mL após reconstituição) | Frasco-ampola + solução diluente | Infecção pelo HIV                                                                  | Antiviral         | J05AX07 | 0,18 | g             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | UDM                                                         | CESAF                                  |
| 243  | Enoxaparina sódica       | Solução injetável         | 40mg/0,4ml                          |                                  | Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia                                | Antitrombótico    | B01AB05 | 2    | TU            | Parenteral             | não                            | sim com acompanhamento             | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 244  | Enoxaparina sódica       | Solução injetável         | 60mg/0,6ml                          |                                  | Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia                                | Antitrombótico    | B01AB06 | 2    | TU            | Parenteral             | não                            | sim com acompanhamento             | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 245  | Entacapona               | Comprimido                | 200mg                               |                                  | Doença de Parkinson                                                                | Antiparkinsoniano | N04BX02 | 1    | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 246  | Entecavir                | Comprimido                | 0,5mg                               |                                  | Hepatite Viral B                                                                   | Antiviral         | J05AF10 | 0,5  | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | UDM                                                         | CESAF                                  |
| 247  | Espiramicina             | Comprimido                | 1,5 MUI (corresponde a 500mg)       |                                  | Toxoplasmose                                                                       | Antibacteriano    | J01FA02 | 3    | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CESAF                                  |
| 248  | Espironolactona          | Comprimido                | 25mg                                |                                  | Conforme indicação em bula                                                         | Anti-hipertensivo | C03DA01 | 75   | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 249  | Espironolactona          | Comprimido                | 100mg                               |                                  | Conforme indicação em bula                                                         | Anti-hipertensivo | C03DA01 | 75   | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 250  | Estolato de eritromicina | Suspensão oral            | 25mg/mL                             | Frasco                           | Doença Falciforme e Conforme indicação em bula                                     | Antibacteriano    | J01FA01 | 1    | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 251  | Estolato de eritromicina | Comprimido                | 500mg                               |                                  | Doença Falciforme, Cólera, Coqueluche, Difteria, Conforme indicação em bula        | Antibacteriano    | J01FA01 | 1    | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF e CESAF                           |
| 252  | Estolato de eritromicina | Suspensão oral            | 50mg/mL                             | Frasco                           | Doença Falciforme, Cólera e Conforme indicação em bula                             | Antibacteriano    | J01FA01 | 1    | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF e CESAF                           |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica             | Forma Farmacêutica        | Concentração    | Apresentação                        | Doença                                                                                                | Grupo Terapêutico  | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAF    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                                                                   | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|----------------------------------|---------------------------|-----------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 253  | Estreptomicina Sulfato           | Pó para solução injetável | 1g              | Frasco-ampola                       | Tuberculose e Brucelose                                                                               | Antibacteriano     | J01GA01 | 1            | g             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais/ Centro de referência em tuberculose | CESAF                                  |
| 254  | Estriol                          | Creme vaginal             | 1mg/g           | Bisnaga                             | Conforme indicação em bula                                                                            | Estrogênio         | G03CA04 | 0,2          | mg            | Vaginal                | Não                            | Não                                | X                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                      | CBAF                                   |
| 255  | Estrogênios conjugados           | Creme vaginal             | 0,625mg/g       | Bisnaga                             | Conforme indicação em bula                                                                            | Estrogênio         | G03CA57 | 0,625        | mg            | Vaginal                | Não                            | Não                                | X                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                      | CBAF                                   |
| 256  | Estrogênios conjugados           | Comprimido                | 0,3mg           |                                     | Leiomioma de útero, Osteoporose, Síndrome de Turner, Conforme indicação em bula                       | Estrogênio         | G03CA57 | 0,625        | mg            | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                      | CBAF                                   |
| 257  | Etambutol Cloridrato             | Comprimido                | 400mg           |                                     | Tuberculose                                                                                           | Antimicobacteriano | J04AK02 | 1,2          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais/ Centro de referência em tuberculose | CESAF                                  |
| 258  | Etanercepte                      | Solução injetável         | 25mg            | Frasco-ampola                       | Artrite Reumatoide, Artrite Idiopática Juvenil, Artrite Psoriásica, Espondilite Ancilosante, Psoríase | Imunossupressor    | L04AB01 | 7            | mg            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                            | CEAF                                   |
| 259  | Etanercepte                      | Solução injetável         | 50mg            | Frasco-ampola ou Seringa preenchida | Artrite Reumatoide, Artrite Idiopática Juvenil, Artrite Psoriásica, Espondilite Ancilosante, Psoríase | Imunossupressor    | L04AB01 | 7            | mg            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                            | CEAF                                   |
| 260  | Etinilestradiol + levonorgestrel | Comprimido                | 0,03mg + 0,15mg |                                     | Endometriose, Síndrome de Ovários Policísticos, Conforme indicação em bula                            | Progestágeno       | G03AA07 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                      | CBAF                                   |
| 261  | Etionamida                       | Comprimido                | 250mg           |                                     | Tuberculose                                                                                           | Antimicobacteriano | J04AD03 | 0,75         | g             | Oral                   | não                            | não                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Centro de referência em tuberculose                                                              | CESAF                                  |
| 262  | Etossuximida                     | Xarope (frasco com 120mL) | 50mg/mL         | Frasco                              | Epilepsia                                                                                             | Antiepiléptico     | N03AD01 | 1,25         | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                            | CEAF                                   |
| 263  | Etravirina                       | Comprimido                | 200mg           |                                     | Infecção pelo HIV                                                                                     | Antiviral          | J05AG04 | 0,4          | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | UDM                                                                                              | CESAF                                  |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica            | Forma Farmacêutica                      | Concentração | Apresentação           | Doença                                                        | Grupo Terapêutico | ATC     | DDD | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|---------------------------------|-----------------------------------------|--------------|------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------|---------|-----|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 264  | Everolimo                       | Comprimido                              | 0,5mg        |                        | Transplante Cardíaco, Transplante Renal, Transplante Hepático | Imunossupressor   | L04AA18 | 1,5 | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 265  | Everolimo                       | Comprimido                              | 0,75mg       |                        | Transplante Cardíaco, Transplante Renal, Transplante Hepático | Imunossupressor   | L04AA18 | 1,5 | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 266  | Everolimo                       | Comprimido                              | 1mg          |                        | Transplante Cardíaco, Transplante Renal, Transplante Hepático | Imunossupressor   | L04AA18 | 1,5 | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 267  | Fenitoína                       | Comprimido                              | 100mg        |                        | Dor crônica, Epilepsia, Conforme indicação em bula            | Antiepiléptico    | N03AB02 | 0,3 | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 268  | Fenitoína                       | Suspensão oral                          | 20mg/mL      | Frasco                 | Dor crônica, Epilepsia, Conforme indicação em bula            | Antiepiléptico    | N03AB02 | 0,3 | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 269  | Fenitoína                       | Solução injetável                       | 50mg/mL      | Ampola                 | Conforme indicação em bula                                    | Antiepiléptico    | N03AB02 | 0,3 | g             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 270  | Fenobarbital                    | Solução injetável                       | 100mg/mL     | Ampola                 | Conforme indicação em bula                                    | Antiepiléptico    | N03AA02 | 0,1 | g             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 271  | Fenobarbital                    | Comprimido                              | 100mg        |                        | Epilepsia e Conforme indicação em bula                        | Antiepiléptico    | N03AA02 | 0,1 | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 272  | Fenobarbital                    | Solução oral                            | 40mg/mL      | Frasco                 | Epilepsia e Conforme indicação em bula                        | Antiepiléptico    | N03AA02 | 0,1 | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 273  | Fenofibrato                     | Cápsula                                 | 200mg        |                        | Dislipidemia                                                  | Hipolipemiante    | C10AB05 | 0,2 | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 274  | Fenoterol Bromidrato            | Solução aerossol (frasco com 200 doses) | 100mcg/dose  | Dispositivo inalatório | Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica                      | Antiasmático      | R03AC04 | 0,6 | mg            | Inalatório             | Sim                            | Sim                                | B                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 275  | Fenoximetilpenicilina potássica | Pó para solução oral                    | 80.000UI/mL  |                        | Doença Falciforme                                             | Antiviral         | J01CE02 | 2   | g             | Oral                   | não                            | não                                | C                                 | não se aplica | HEMOMINAS                     | Hemocentro de referência                                    | CESAF                                  |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica                   | Forma Farmacêutica    | Concentração             | Apresentação                        | Doença                                                                                                                                                                                                                                  | Grupo Terapêutico                                     | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAR    | Responsabilidade de Aquisição          | Onde encontrar                                                                                        | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|----------------------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 276  | Filgrastim                             | Solução injetável     | 300mcg                   | Frasco-ampola ou Seringa preenchida | Anemia aplástica, Mielodisplasia e Neutropenia Constitucional, Anemia Aplástica Adquirida, Hepatite Viral C, Agranulocitose, Síndrome de Falência Medular, Síndrome Mielodisplásica de Baixo Risco, Transplante Medula Óssea e Pâncreas | Imunoestimulante                                      | L03AA02 | 0,35         | mg            | Parenteral             | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde                    | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                                 | CEAF                                   |
| 277  | Finasterida                            | Comprimido            | 5mg                      |                                     | Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                                              | Droga para hipertrofia benigna da próstata            | G04CB01 | 5            | mg            | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                           | CBAF                                   |
| 278  | Fingolimode                            | Cápsula               | 0,5mg                    |                                     | Esclerose Múltipla                                                                                                                                                                                                                      | Imunossupressor                                       | L04AA27 | 0,5          | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde                    | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                                 | CEAF                                   |
| 279  | Flucitosina                            | Cápsula               | 500mg                    |                                     | Meningite criptocócica e demais formas de neurocriptococose                                                                                                                                                                             | Antifúngico                                           | J02AX02 | 11           | g             | Oral                   | Não                            | não determinado                    | não identificado                  | não se aplica | Ministério da Saúde                    | Unidades de Saúde exclusivamente públicas devidamente cadastradas nos sistemas do Ministério da Saúde | CESAF                                  |
| 280  | Fluconazol                             | Cápsula               | 150mg                    |                                     | Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                                              | Antifúngico                                           | J02AC01 | 0,2          | g             | Oral                   | Não                            | Não                                | X/C                               | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                           | CBAF e CSAF                            |
| 281  | Fluconazol                             | Suspensão oral        | 10mg/mL                  | Frasco                              | Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                                              | Antifúngico                                           | J02AC01 | 0,2          | g             | Oral                   | Não                            | Não                                | X/C                               | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                           | CBAF                                   |
| 282  | Fludrocortisona Acetato                | Comprimido            | 0,1mg                    |                                     | Hiperplasia adrenal congênita, Insuficiência Adrenal Primária - Doença de Addison                                                                                                                                                       | Anti-inflamatório esteroide sistêmico                 | H02AA02 | 0,1          | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                                 | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                                 | CEAF                                   |
| 283  | Fluoxetina Cloridrato                  | Comprimido ou cápsula | 20mg                     |                                     | Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I, Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                        | Antidepressivo                                        | N06AB03 | 20           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                           | CBAF                                   |
| 284  | Fluticasona + Umeclidínio + Vilanterol | Pó inalante           | 100mcg + 62,5mcg + 25mcg | Dispositivo inalatório              | Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica                                                                                                                                                                                                      | Associação Adrenérgico, Anti-colinérgico e corticoide | R03AL08 | não relatado | não relatado  | Inalatório             | Não                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado (Resolução SES/MG Nº 8516/2022) | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                                 | CEAF                                   |
| 285  | Folinato de cálcio (Ácido folínico)    | Comprimido            | 15mg                     |                                     | Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                                              | Agente desintoxicante para tratamento citostático     | V03AF03 | 60           | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                           | CBAF                                   |

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

| Item | Denominação Genérica                                                                             | Forma Farmacêutica    | Concentração   | Apresentação           | Doença                                                         | Grupo Terapêutico      | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAF | Responsabilidade de Aquisição           | Onde encontrar                                        | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------|------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 286  | Formoterol Fumarato                                                                              | Cápsula para inalação | 12mcg          | Dispositivo inalatório | Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica                       | Antiasmático           | R03AC13 | 24           | mcg           | Inalatório             | Sim                            | Não                                | X                                 | 2          | Estado                                  | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 287  | Formoterol Fumarato + Budesonida                                                                 | Cápsula para inalação | 6mcg + 200mcg  | Dispositivo inalatório | Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica                       | Antiasmático           | R03AK07 | não relatado | não relatado  | Inalatório             | Sim                            | Sim                                | D                                 | 2          | Estado                                  | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 288  | Formoterol Fumarato + Budesonida                                                                 | Pó para inalação      | 6mcg + 200mcg  | Dispositivo inalatório | Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica                       | Antiasmático           | R03AK07 | não relatado | não relatado  | Inalatório             | Sim                            | Sim                                | D                                 | 2          | Estado                                  | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 289  | Formoterol Fumarato + Budesonida                                                                 | Cápsula para inalação | 12mcg + 400mcg | Dispositivo inalatório | Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica                       | Antiasmático           | R03AK07 | não relatado | não relatado  | Inalatório             | Sim                            | Sim                                | D                                 | 2          | Estado                                  | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 290  | Formoterol Fumarato + Budesonida                                                                 | Pó para inalação      | 12mcg + 400mcg | Dispositivo inalatório | Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica                       | Antiasmático           | R03AK07 | não relatado | não relatado  | Inalatório             | Sim                            | Sim                                | D                                 | 2          | Estado                                  | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 291  | Fórmula - Complemento alimentar lácteo isento de sacarose (adolescente/adulto) pó                | Pó                    |                | Lata                   | Fibrose Cística (Idade mínima: 12 anos)                        | Formulação nutricional | V06C    | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | NA                                 | NA                                | 2          | Estado (Resolução SES/MG Nº 7.214/2020) | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 292  | Fórmula - Dieta enteral líquida (adolescentes/adultos) 1,2 e 1,5 kcal/ml (até 1,23 kcal/ml)      | Pó                    |                | Lata                   | Fibrose Cística (Idade mínima: 12 anos)                        | Formulação nutricional | V06C    | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | NA                                 | NA                                | 2          | Estado (Resolução SES/MG Nº 7.214/2020) | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 293  | Fórmula - Suplemento de carboidrato à base de maltodextrina (100% maltodextrina pura) pó solúvel | Pó                    |                | Lata                   | Fibrose Cística                                                | Formulação nutricional | V06C    | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | NA                                 | NA                                | 2          | Estado (Resolução SES/MG Nº 7.214/2020) | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 294  | Fórmula infantil em pó para crianças de 6 meses a 3 anos                                         | Pó                    |                | Lata                   | Fibrose Cística (idade mínima: 6 meses e idade máxima: 3 anos) | Formulação nutricional | V06C    | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | NA                                 | NA                                | 2          | Estado (Resolução SES/MG Nº 7.214/2020) | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 295  | Fórmula infantil em pó para lactentes de 0 a 6 meses (1º semestre)                               | Pó                    |                | Lata                   | Fibrose Cística (idade máxima: 6 meses)                        | Formulação nutricional | V06C    | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | NA                                 | NA                                | 2          | Estado (Resolução SES/MG Nº 7.214/2020) | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 296  | Fórmula infantil semi elementar isenta de lactose e sacarose (de 0 a 36 meses)                   | Pó                    |                | Lata                   | Fibrose Cística (idade máxima: 3 anos)                         | Formulação nutricional | V06C    | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | NA                                 | NA                                | 2          | Estado (Resolução SES/MG Nº 7.214/2020) | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 297  | Fórmula infantil (lactentes/crianças) 1,0 kcal/ml                                                | Pó                    |                | Lata                   | Fibrose Cística (idade máxima: 1 ano)                          | Formulação nutricional | V06C    | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | NA                                 | NA                                | 2          | Estado (Resolução SES/MG Nº 7.214/2020) | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica                                                                                         | Forma Farmacêutica | Concentração                         | Apresentação | Doença                                                                    | Grupo Terapêutico                  | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição                                                                               | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 298  | Fórmula - Suplemento de emulsão lipídica                                                                     | Pó                 |                                      | Lata         | Fibrose Cística                                                           | Formulação nutricional             | V06C    | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | NA                                 | NA                                | 2             | Estado (Resolução SES/MG Nº 7.214/2020)                                                                     | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 299  | Fórmula infantil sistema pó (1 semestre)                                                                     | Pó                 |                                      | Lata         | Lactentes de pacientes de HIV/AIDS                                        | Formulação nutricional             | V06C    | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | NA                                 | NA                                | não se aplica | Estado (Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.413/2016 e Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.596/2017 - Infecção Oportunista) | UDM                                                         | CESAF                                  |
| 300  | Fórmula - Suplemento hipercalórico líquido até 2 kcal/ml                                                     | Pó                 |                                      | Lata         | Fibrose Cística                                                           | Formulação nutricional             | V06C    | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | NA                                 | NA                                | 2             | Estado (Resolução SES/MG Nº 7.214/2020)                                                                     | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 301  | Fórmula - Suplemento pediátrico (a partir 12 meses) normocalórica, normoprotéica ou hiperprotéica pó solúvel | Pó                 |                                      | Lata         | Fibrose Cística (idade mínima: 1 ano e idade máxima: 10 anos)             | Formulação nutricional             | V06C    | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | NA                                 | NA                                | 2             | Estado (Resolução SES/MG Nº 7.214/2020)                                                                     | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 302  | Fosfato de cálcio tribásico + Colecalciferol                                                                 | Comprimido         | 1661,616mg (600mg de cálcio) + 400UI |              | Hipoparatiroidismo, Raquitismo e Osteomalácia. Conforme indicação em bula | Suplemento vitamínico              | A11CC05 | 20           | mcg           | Oral                   | não                            | sim                                | A                                 | não se aplica | Municípios                                                                                                  | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 303  | Fumarato de dimetila                                                                                         | Cápsula            | 120mg                                |              | Esclerose Múltipla                                                        | Droga para dano ao sistema nervoso | N07XX09 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                                                         | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 304  | Fumarato de dimetila                                                                                         | Cápsula            | 240mg                                |              | Esclerose Múltipla                                                        | Droga para dano ao sistema nervoso | N07XX09 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                                                         | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 305  | Furosemida                                                                                                   | Comprimido         | 40mg                                 |              | Hipertensão de Emergência, Conforme indicação em bula                     | Anti-hipertensivo                  | C03CA01 | 40           | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                                                                                                  | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 306  | Furosemida                                                                                                   | Solução injetável  | 10mg/mL                              | Ampola       | Conforme indicação em bula                                                | Anti-hipertensivo                  | C03CA01 | 40           | mg            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                                                                                                  | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 307  | Gabapentina                                                                                                  | Cápsula            | 300mg                                |              | Dor crônica, Epilepsia                                                    | Antiepiléptico                     | N03AX12 | 1,8          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                                                                                                      | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 308  | Gabapentina                                                                                                  | Cápsula            | 400mg                                |              | Dor crônica, Epilepsia                                                    | Antiepiléptico                     | N03AX12 | 1,8          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                                                                                                      | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica       | Forma Farmacêutica              | Concentração   | Apresentação       | Doença                                                                                                                  | Grupo Terapêutico       | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAF    | Responsabilidade de Aquisição                                                                                                               | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|----------------------------|---------------------------------|----------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 309  | Galantamina Bromidrato     | Cápsula de liberação prolongada | 8mg            |                    | Doença de Alzheimer                                                                                                     | Antidemência            | N06DA04 | 16           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                                                                                         | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 310  | Galantamina Bromidrato     | Cápsula de liberação prolongada | 16mg           |                    | Doença de Alzheimer                                                                                                     | Antidemência            | N06DA04 | 16           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                                                                                         | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 311  | Galantamina Bromidrato     | Cápsula de liberação prolongada | 24mg           |                    | Doença de Alzheimer                                                                                                     | Antidemência            | N06DA04 | 16           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                                                                                         | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 312  | Galsulfase                 | Solução injetável               | 5mg            | Frasco             | Mucopolissacaridose tipo VI                                                                                             | Enzima para metabolismo | A16AB08 | não relatado | não relatado  | Parenteral             | sim                            | não                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                                                                                         | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 313  | Ganciclovir                | Solução injetável               | 1mg/ml (250mg) | Bolsa fechada      | Infeção Oportunista, Transplante de rim, coração, pulmão, fígado, pele, osso, córnea, intestino/medula óssea e pâncreas | Antiviral               | J05AB06 | 0,5          | g             | Parenteral             | Não                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado (Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.413/2016 e Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.596/2017 - Infecção Oportunista; Resolução SES/MG Nº 5.934/2017) | Farmácia Regional Estadual de referência do município/UDM   | CEAF e CESAF                           |
| 314  | Ganciclovir                | Pó para solução injetável       | 500mg          | Frasco-ampola      | Transplante de rim, coração, pulmão, fígado, pele, osso, córnea, intestino/medula óssea e pâncreas                      | Antiviral               | J05AB06 | 0,5          | g             | Parenteral             | Não                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado (Resolução SES/MG Nº 5.934/2017)                                                                                                     | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 315  | Genfibrozila               | Comprimido                      | 900mg          |                    | Dislipidemia                                                                                                            | Hipolipemiante          | C10AB04 | 1,2          | g             | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | 2             | Estado                                                                                                                                      | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 316  | Gentamicina Sulfato        | Pomada oftálmica                | 5mg/g          | Bisnaga            | Conforme indicação em bula                                                                                              | Oftalmológico           | S01AA11 | não relatado | não relatado  | Ocular                 | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                                                                                                                                  | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 317  | Gentamicina Sulfato        | Solução oftálmica               | 5mg/mL         | Frasco             | Conforme indicação em bula                                                                                              | Oftalmológico           | S01AA11 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                                                                                                                                  | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 318  | Glatirâmer Acetato         | Solução injetável               | 40mg           | Seringa preenchida | Esclerose Múltipla                                                                                                      | Imunoestimulante        | L03AX13 | 20           | mg            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                                                                                         | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 319  | Glecaprevir + Pibrentasvir | Comprimido                      | 100mg + 40mg   |                    | Hepatite Viral C                                                                                                        | Antiviral               | J05AP57 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                                                                                         | UDM                                                         | CESAF                                  |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica | Forma Farmacêutica                 | Concentração | Apresentação           | Doença                                                                        | Grupo Terapêutico    | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAF    | Responsabilidade de Aquisição          | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|----------------------|------------------------------------|--------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 320  | Glibenclamida        | Comprimido                         | 5mg          |                        | Diabetes Mellitus, Conforme indicação em bula                                 | Hipoglicemiante oral | A10BB01 | 7 ou 10      | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 321  | Glicerol             | Solução retal                      | 120mg/mL     | Frasco                 | Conforme indicação em bula                                                    | Laxante              | A06AG04 | não relatado | não relatado  | Retal                  | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 322  | Glicerol             | Supositório retal                  | 72mg         |                        | Conforme indicação em bula                                                    | Laxante              | A06AG04 | não relatado | não relatado  | Retal                  | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 323  | Gliclazida           | Comprimido de liberação prolongada | 30mg         |                        | Diabetes Mellitus, Conforme indicação em bula                                 | Hipoglicemiante oral | A10BB09 | 60           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 324  | Gliclazida           | Comprimido de liberação prolongada | 60mg         |                        | Diabetes Mellitus, Conforme indicação em bula                                 | Hipoglicemiante oral | A10BB09 | 60           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 325  | Gliclazida           | Comprimido                         | 80mg         |                        | Diabetes Mellitus, Conforme indicação em bula                                 | Hipoglicemiante oral | A10BB09 | 60           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 326  | Glicopirrônio        | Cápsula inalante                   | 50mcg        | Dispositivo inalatório | Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica                                            | Anti-colinérgico     | R03BB06 | 44           | mcg           | Inalatório             | Não                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado (Resolução SES/MG Nº 8516/2022) | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 327  | Golimumabe           | Solução injetável                  | 50mg         | Seringa preenchida     | Artrite Reumatoide, Artrite Psoriásica, Espondilite Ancilosante e Sacroileite | Imunossupressor      | L04AB06 | 1,66         | mg            | Parenteral             | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde                    | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 328  | Gosserrelina Acetato | Implante subcutâneo                | 3,6mg        |                        | Endometriose, Leiomioma uterino, Puberdade Precoce                            | Hormônio             | L02AE03 | 0,129        | mg            | Implante               | Não                            | Não                                | X                                 | 1B            | Estado                                 | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 329  | Gosserrelina Acetato | Implante subcutâneo                | 10,8mg       |                        | Endometriose, Leiomioma uterino, Puberdade Precoce                            | Hormônio             | L02AE03 | 0,129        | mg            | Implante               | Não                            | Não                                | X                                 | 1B            | Estado                                 | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 330  | Haloperidol          | Comprimido                         | 1mg          |                        | Transtorno Esquizoafetivo, Conforme indicação em bula                         | Antipsicótico        | N05AD01 | 8            | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 331  | Haloperidol          | Comprimido                         | 5mg          |                        | Transtorno Esquizoafetivo, Conforme indicação em bula                         | Antipsicótico        | N05AD01 | 8            | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica            | Forma Farmacêutica        | Concentração   | Apresentação  | Doença                                                                                                                           | Grupo Terapêutico                       | ATC     | DDD | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|---------------------------------|---------------------------|----------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------|-----|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 332  | Haloperidol                     | Solução oral              | 2mg/mL         | Frasco        | Transtorno Esquizoafetivo, Conforme indicação em bula                                                                            | Antipsicótico                           | N05AD01 | 8   | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 333  | Haloperidol                     | Solução injetável         | 5mg/mL         | Ampola        | Transtorno Esquizoafetivo, Conforme indicação em bula                                                                            | Antipsicótico                           | N05AD01 | 8   | mg            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 334  | Haloperidol Decanoato           | Solução injetável         | 50mg/mL        | Ampola        | Transtorno Esquizoafetivo, Conforme indicação em bula                                                                            | Antipsicótico                           | N05AD01 | 8   | mg            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 335  | Heparina sódica                 | Solução injetável         | 5.000UI/0,25mL | Ampola        | Conforme indicação em bula                                                                                                       | Antitrombótico                          | B01AB01 | 10  | TU            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 336  | Hidralazina Cloridrato          | Comprimido                | 25mg           |               | Conforme indicação em bula                                                                                                       | Anti-hipertensivo                       | C02DB02 | 25  | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 337  | Hidralazina Cloridrato          | Comprimido                | 50mg           |               | Conforme indicação em bula                                                                                                       | Anti-hipertensivo                       | C02DB02 | 0,1 | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 338  | Hidroclorotiazida               | Comprimido                | 12,5mg         |               | Conforme indicação em bula                                                                                                       | Anti-hipertensivo                       | C03AA03 | 25  | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 339  | Hidroclorotiazida               | Comprimido                | 25mg           |               | Conforme indicação em bula                                                                                                       | Anti-hipertensivo                       | C03AA03 | 25  | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 340  | Hidrocortisona Acetato          | Creme                     | 10mg/g(1%)     | Bisnaga       | Conforme indicação em bula                                                                                                       | Antiinflamatório esteroideal tópico     | D07AA02 | 30  | mg            | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 341  | Hidrocortisona Succinato sódico | Pó para solução injetável | 100mg          | Frasco-ampola | Doença de Crohn, Hiperplasia Adrenal Primária, Insuficiência Adrenal Primária, Retocolite Ulcerativa, Conforme indicação em bula | Anti-inflamatório esteroideal sistêmico | H02AB09 | 30  | mg            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 342  | Hidrocortisona Succinato sódico | Pó para solução injetável | 500mg          | Frasco-ampola | Doença de Crohn, Hiperplasia Adrenal Primária, Insuficiência Adrenal Primária, Retocolite Ulcerativa, Conforme indicação em bula | Anti-inflamatório esteroideal sistêmico | H02AB09 | 30  | mg            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica    | Forma Farmacêutica                        | Concentração  | Apresentação  | Doença                                                                                                                                              | Grupo Terapêutico                | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|-------------------------|-------------------------------------------|---------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 343  | Hidroxycloquina Sulfato | Comprimido                                | 400mg         |               | Artrite Reumatoide, Dermatomiosite e Polimiosite, Lúpus Eritematoso                                                                                 | Antiparasitário                  | P01BA02 | 0,516        | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 344  | Hidroxiuréia            | Cápsula                                   | 500mg         |               | Doença Falciforme                                                                                                                                   | Antineoplásico                   | L01XX05 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Não                            | Sim                                | D                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 345  | Hipromelose             | Solução oftálmica                         | 3mg/mL (0,3%) | Frasco        | Conforme indicação em bula                                                                                                                          | Oftalmológico                    | S01KA02 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 346  | Hipromelose             | Solução oftálmica                         | 5mg/mL        | Frasco        | Conforme indicação em bula                                                                                                                          | Oftalmológico                    | S01KA02 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 347  | Ibuprofeno              | Comprimido                                | 200mg         |               | Artrite Psoriaca, Artrite Reumatoide, Artrite Idiopática Juvenil, Dor crônica, Espondilite Ancilosante, Espondilose, Conforme indicação em bula     | Anti-inflamatório não esteroidal | M01AE01 | 1,2          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B/D                               | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 348  | Ibuprofeno              | Comprimido                                | 300mg         |               | Artrite Psoriaca, Artrite Reumatoide, Artrite Idiopática Juvenil, Dor crônica, Espondilite Ancilosante, Espondilose, Conforme indicação em bula     | Anti-inflamatório não esteroidal | M01AE01 | 1,2          | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | B/D                               | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 349  | Ibuprofeno              | Comprimido                                | 600mg         |               | Artrite Psoriaca, Artrite Reativa, Artrite Reumatoide, Artrite Idiopática Juvenil, Espondilite Ancilosante, Espondilose, Conforme indicação em bula | Anti-inflamatório não esteroidal | M01AE01 | 1,2          | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | B/D                               | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 350  | Ibuprofeno              | Suspensão oral                            | 50mg/mL       | Frasco gotas  | Artrite Reumatoide, Artrite Idiopática Juvenil, Dor crônica, Espondilite Ancilosante, Espondilose, Conforme indicação em bula                       | Anti-inflamatório não esteroidal | M01AE01 | 1,2          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B/D                               | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 351  | Idursulfase             | Solução injetável                         | 2mg/mL        | Frasco-ampola | Mucopolissacaridose Tipo II                                                                                                                         | Enzima para metabolismo          | A16AB09 | não relatado | não relatado  | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 352  | Iloprostá               | Solução para nebulização (ampola com 1mL) | 10mcg/mL      | Ampola        | Hipertensão Arterial Pulmonar                                                                                                                       | Antitrombótico                   | B01AC11 | 0,15         | mg            | Inalatório             | não                            | não                                | C                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 353  | Imiglucerase            | Pó para solução injetável                 | 400U          | Frasco-ampola | Doença de Gaucher                                                                                                                                   | Enzima para metabolismo          | A16AB02 | 300          | U             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

| Item | Denominação Genérica                           | Forma Farmacêutica                          | Concentração | Apresentação           | Doença                                                                                                                                                                                                                                           | Grupo Terapêutico        | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição           | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 354  | Imiquimode                                     | Creme                                       | 50mg/g       |                        | Condiloma decorrente da infecção por HPV, Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                             | Quimioterapêutico tópico | D06BB10 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | não                            | não                                | C                                 | não se aplica | Municípios                              | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 355  | Imunoglobulina humana                          | Solução injetável                           | 5g           | Frasco-ampola          | Anemia Hemolítica Autoimune, Aplasia Pura Adquirida, Púrpura Trombocitopênica Idiopática, Imunodeficiência Primária, Miastenia Gravis, Síndrome de Guillain-Barré, Dermatomiosite e Polimiosite, Síndrome de Falência Medular, Transplante Renal | Imunoglobulina           | J06BA02 | não relatado | não relatado  | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | D                                 | 1A            | Ministério da Saúde                     | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 356  | Imunoglobulina humana anti-hepatite B          | Solução injetável                           | 1.000UI      | Frasco-ampola          | Profilaxia da Reinfecção pelo Vírus da Hepatite B Pós-Transplante                                                                                                                                                                                | Imunoglobulina           | J06BB04 | não relatado | não relatado  | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde                     | UDM                                                         | CESAF                                  |
| 357  | Infliximabe                                    | Pó para solução injetável (frasco com 10mL) | 100mg        | Frasco-ampola          | Artrite Reumatoide, Artrite Idiopática Juvenil, Artrite Psoriásica, Doença de Crohn, Espondilite Ancilosante, Retocolite Ulcerativa, Sacroileite                                                                                                 | Imunossupressor          | L04AB02 | 3,75         | mg            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | D                                 | 1A            | Ministério da Saúde                     | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 358  | Insulina análoga de ação prolongada - Glargina | Solução injetável com sistema de aplicação  | 100UI/mL     | Frasco-ampola 10ml     | Diabetes Mellitus tipo I                                                                                                                                                                                                                         | Hormônio Antidiabético   | A10AE   | 40           | U             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado (Resolução SES/MG Nº 2.359/2010) | Farmácias Públicas municipais                               | CEAF                                   |
| 359  | Insulina análoga de ação prolongada - Glargina | Solução injetável - Refil                   | 100UI/mL     | Refil 3mL              | Diabetes Mellitus tipo I                                                                                                                                                                                                                         | Hormônio Antidiabético   | A10AE   | 40           | U             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado (Resolução SES/MG Nº 2.359/2010) | Farmácias Públicas municipais                               | CEAF                                   |
| 360  | Insulina análoga de ação rápida                | Solução injetável                           | 100UI/mL     | Tubete                 | Diabetes Mellitus tipo I                                                                                                                                                                                                                         | Hormônio Antidiabético   | A10AB   | 40           | U             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde                     | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 361  | Insulina humana NPH                            | Suspensão injetável                         | 100UI/mL     |                        | Diabetes Mellitus, Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                                    | Hormônio Antidiabético   | A10AC01 | 40           | U             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                     | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 362  | Insulina humana regular                        | Solução injetável                           | 100UI/mL     |                        | Diabetes Mellitus, Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                                    | Hormônio Antidiabético   | A10AB01 | 40           | U             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                     | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 363  | Ipratrópio Brometo                             | Solução para inalação                       | 0,25mg/mL    | Frasco                 | Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                                                       | Antiasmático             | R03BB01 | 0,12         | mg            | Inalatório             | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                              | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 364  | Ipratrópio brometo                             | Aerossol oral                               | 20mcg        | Dispositivo inalatório | Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                   | Antiasmático             | R03BB01 | 0,12         | mg            | Inalatório             | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                              | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica     | Forma Farmacêutica    | Concentração    | Apresentação | Doença                     | Grupo Terapêutico            | ATC     | DDD | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAF    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                                                                   | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|--------------------------|-----------------------|-----------------|--------------|----------------------------|------------------------------|---------|-----|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 365  | Isoniazida               | Comprimido            | 100mg           |              | Tuberculose                | Antimicobacteriano           | J04AC01 | 0,3 | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais/ Centro de referência em tuberculose | CESAF                                  |
| 366  | Isoniazida               | Comprimido            | 300mg           |              | Profilaxia de Tuberculose  | Antimicobacteriano           | J04AC01 | 0,3 | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais/ Centro de referência em tuberculose | CESAF                                  |
| 367  | Isoniazida + rifapentina | Comprimido            | 300 mg + 300 mg |              | Tuberculose                | Antimicobacteriano           | J04AC01 | 0,3 | g             | Oral                   | Sim (> 2 anos)                 | Não recomendado                    | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                      | CESAF                                  |
| 368  | Isossorbida Dinitrato    | Comprimido sublingual | 5mg             |              | Conforme indicação em bula | Antianginoso e vasodilatador | C01DA08 | 20  | mg            | Sublingual             | Não                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                      | CBAF                                   |
| 369  | Isossorbida Mononitrato  | Comprimido            | 20mg            |              | Conforme indicação em bula | Antianginoso e vasodilatador | C01DA14 | 40  | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                      | CBAF                                   |
| 370  | Isossorbida Mononitrato  | Comprimido            | 40mg            |              | Conforme indicação em bula | Antianginoso e vasodilatador | C01DA14 | 40  | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                      | CBAF                                   |
| 371  | Isotretinoína            | Cápsula mole          | 10mg            |              | Acne grave                 | Antiacneico                  | D10BA01 | 30  | mg            | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                            | CEAF                                   |
| 372  | Isotretinoína            | Cápsula mole          | 20mg            |              | Acne grave                 | Antiacneico                  | D10BA01 | 30  | mg            | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                            | CEAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica | Forma Farmacêutica             | Concentração | Apresentação       | Doença                                          | Grupo Terapêutico                 | ATC     | DDD | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição    | Onde encontrar                                                                                                                                                      | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|----------------------|--------------------------------|--------------|--------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|---------|-----|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 373  | Itraconazol          | Cápsula                        | 100mg        |                    | Micoses sistêmicas e Conforme indicação em bula | Antifúngico                       | J02AC02 | 0,2 | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | D/C                               | não se aplica | Ministério da Saúde e Municípios | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais / Unidades de Saúde exclusivamente públicas devidamente cadastradas nos sistemas do Ministério da Saúde | CBAF e CESAF                           |
| 374  | Itraconazol          | Solução oral                   | 10mg/mL      | Frasco             | Conforme indicação em bula                      | Antifúngico                       | J02AC02 | 0,2 | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | D/C                               | não se aplica | Municípios                       | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                                                                         | CBAF                                   |
| 375  | Ivacaftor            | Comprimido                     | 150mg        |                    | Fibrose cística                                 | Tratamento de doença respiratória | R07AX02 | 0,3 | g             | Oral                   | Sim (> 6 anos)                 | sim com acompanhamento             | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde              | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                                                                                               | CEAF                                   |
| 376  | Ivermectina          | Comprimido                     | 6mg          |                    | Conforme indicação em bula                      | Antiparasitário                   | P02CF01 | 12  | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D/C                               | não se aplica | Municípios                       | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                                                                         | CBAF                                   |
| 377  | Lactulose            | Xarope                         | 667mg/mL     | Frasco             | Conforme indicação em bula                      | Laxante                           | A06AD11 | 6,7 | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                       | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                                                                         | CBAF                                   |
| 378  | Lamivudina           | Solução oral (frasco de 240mL) | 10mg/mL      | Frasco             | Infecção pelo HIV                               | Antiviral                         | J05AF05 | 0,3 | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde              | UDM                                                                                                                                                                 | CESAF                                  |
| 379  | Lamivudina           | Comprimido                     | 150mg        |                    | Infecção pelo HIV                               | Antiviral                         | J05AF05 | 0,3 | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde              | UDM                                                                                                                                                                 | CESAF                                  |
| 380  | Lamotrigina          | Comprimido                     | 25mg         |                    | Epilepsia, Transtorno afetivo bipolar           | Antiepiléptico                    | N03AX09 | 0,3 | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                           | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                                                                                               | CEAF                                   |
| 381  | Lamotrigina          | Comprimido                     | 50mg         |                    | Epilepsia, Transtorno afetivo bipolar           | Antiepiléptico                    | N03AX09 | 0,3 | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                           | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                                                                                               | CEAF                                   |
| 382  | Lamotrigina          | Comprimido                     | 100mg        |                    | Epilepsia, Transtorno afetivo bipolar           | Antiepiléptico                    | N03AX09 | 0,3 | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                           | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                                                                                               | CEAF                                   |
| 383  | Lanreotida Acetato   | Solução injetável              | 60mg         | Seringa preenchida | Acromegalia e gigantismo hipofisário            | Hormônio hipotalâmico             | H01CB03 | 3   | mg            | Parenteral             | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde              | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                                                                                               | CEAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica  | Forma Farmacêutica                   | Concentração | Apresentação       | Doença                                                             | Grupo Terapêutico       | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAR    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                        | Componente da Assistência Farmacêutica                                                                     |
|------|-----------------------|--------------------------------------|--------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 384  | Lanreotida Acetato    | Solução injetável                    | 90mg         | Seringa preenchida | Acromegalia e gigantismo hipofisário                               | Hormônio hipotalâmico   | H01CB03 | 3            | mg            | Parenteral             | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                                                                                       |
| 385  | Lanreotida Acetato    | Solução injetável                    | 120mg        | Seringa preenchida | Acromegalia e gigantismo hipofisário                               | Hormônio hipotalâmico   | H01CB03 | 3            | mg            | Parenteral             | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                                                                                       |
| 386  | Laronidase            | Solução injetável                    | 0,58mg/mL    |                    | Mucopolissacaridose tipo I                                         | Enzima para metabolismo | A16AB05 | 1            | TU            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                                                                                       |
| 387  | Latanoprostá          | Solução oftálmica (frasco com 2,5mL) | 0,05mg/mL    | Frasco             | Glaucoma                                                           | Oftalmológico           | S01EE01 | não relatado | não relatado  | Tópico ocular          | sim                            | não                                | C                                 | não se aplica | CRO-SUS                       | Centros de referência em oftalmologia                 | Não se aplica. Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (Portaria MS/GM nº 957, de 15 de maio de 2008) |
| 388  | Leflunomida           | Comprimido                           | 20mg         |                    | Artrite Reumatoide, Artrite Idiopática Juvenil, Artrite Psoriásica | Imunossupressor         | L04AA13 | 20           | mg            | Oral                   | Sim                            | Não                                | X                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                                                                                       |
| 389  | Leuprorrelina Acetato | Pó para suspensão injetável          | 45mg         |                    | Puberdade precoce                                                  | Hormônio                | L02AE02 | 1 ou 0,134   | mg            | Parenteral             | Sim                            | não                                | X                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                                                                                       |
| 390  | Leuprorrelina Acetato | Pó para suspensão injetável          | 3,75mg       | Frasco-ampola      | Endometriose, Leiomioma uterino, Puberdade Precoce                 | Hormônio                | L02AE02 | 1 ou 0,134   | mg            | Parenteral             | Sim                            | Não                                | X                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                                                                                       |
| 391  | Levetiracetam         | Comprimido                           | 1.000mg      |                    | Epilepsia                                                          | Antiepiléptico          | N03AX14 | 1,5          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                                                                                       |
| 392  | Levetiracetam         | Comprimido                           | 500mg        |                    | Epilepsia                                                          | Antiepiléptico          | N03AX14 | 1,5          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                                                                                       |
| 393  | Levetiracetam         | Comprimido                           | 250mg        |                    | Epilepsia                                                          | Antiepiléptico          | N03AX14 | 1,5          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                                                                                       |
| 394  | Levetiracetam         | Comprimido                           | 750mg        |                    | Epilepsia                                                          | Antiepiléptico          | N03AX14 | 1,5          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                                                                                       |
| 395  | Levetiracetam         | Solução oral                         | 100mg/ml     | Frasco             | Epilepsia                                                          | Antiepiléptico          | N03AX14 | 1,5          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                                                                                       |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica   | Forma Farmacêutica         | Concentração | Apresentação | Doença                                                | Grupo Terapêutico      | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAR    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|------------------------|----------------------------|--------------|--------------|-------------------------------------------------------|------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 396  | Levodopa + benserazida | Comprimido ou cápsula      | 100mg + 25mg |              | Parkinson e Conforme indicação em bula                | Antiparkinsoniano      | N04BA02 | 0,45         | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 397  | Levodopa + benserazida | Comprimido                 | 200mg + 50mg |              | Parkinson e Conforme indicação em bula                | Antiparkinsoniano      | N04BA02 | 0,45         | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 398  | Levodopa + carbidopa   | Comprimido                 | 250mg + 25mg |              | Parkinson e Conforme indicação em bula                | Antiparkinsoniano      | N04BA02 | 0,6          | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 399  | Levofloxacino          | Comprimido                 | 250mg        |              | Tuberculose                                           | Antibacteriano         | J01MA12 | 0,5          | g             | Oral                   | não                            | não                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Centro de referência em tuberculose                         | CESAF                                  |
| 400  | Levofloxacino          | Comprimido                 | 500mg        |              | Tuberculose                                           | Antibacteriano         | J01MA12 | 0,5          | g             | Oral                   | não                            | não                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Centro de referência em tuberculose                         | CESAF                                  |
| 401  | Levonorgestrel         | Comprimido                 | 0,75mg       |              | Conforme indicação em bula                            | Progestágeno           | G03AC03 | 1,5          | mg            | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 402  | Levotiroxina sódica    | Comprimido                 | 25mcg        |              | Hipotireoidismo Congênito, Conforme indicação em bula | Hormônios tireoideanos | H03AA01 | 0,15         | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | A                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 403  | Levotiroxina sódica    | Comprimido                 | 50mcg        |              | Hipotireoidismo Congênito, Conforme indicação em bula | Hormônios tireoideanos | H03AA01 | 0,15         | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | A                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 404  | Levotiroxina sódica    | Comprimido                 | 100mcg       |              | Hipotireoidismo Congênito, Conforme indicação em bula | Hormônios tireoideanos | H03AA01 | 0,15         | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | A                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 405  | Levotiroxina sódica    | Comprimido                 | 12,5mcg      |              | Hipotireoidismo congênito                             | Hormônios tireoideanos | H03AA01 | 0,15         | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | A                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 406  | Levotiroxina sódica    | Comprimido                 | 37,5mcg      |              | Hipotireoidismo congênito                             | Hormônios tireoideanos | H03AA01 | 0,15         | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | A                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 407  | Lidocaína Cloridrato   | Gel                        | 20mg/g (2%)  | Bisnaga      | Conforme indicação em bula                            | Anestésico tópico      | D04AB01 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 408  | Lidocaína Cloridrato   | Solução spray/ Nebulizador | 100mg/mL     | Frasco       | Conforme indicação em bula                            | Anestésico             | N01BB02 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

| Item | Denominação Genérica        | Forma Farmacêutica                                    | Concentração                                          | Apresentação                                          | Doença                                                                             | Grupo Terapêutico | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAR    | Responsabilidade de Aquisição                                                   | Onde encontrar                                                                             | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|-----------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 409  | Linezolida                  | Comprimido                                            | 600mg                                                 |                                                       | Tuberculose e Fibrose Cística (Idade mínima: 12 anos)                              | Antibacteriano    | J01XX08 | 1,2          | g             | Oral                   | sim (>12 anos)                 | não                                | C                                 | 2             | Ministério da Saúde e Estado (Resolução SES/MG Nº 7.214/2020 - Fibrose Cística) | Centro de referência em tuberculose. Farmácia Regional Estadual de referência do município | CESAF e CEAR                           |
| 410  | Linezolida                  | Solução para infusão                                  | 2mg/mL                                                |                                                       | Tuberculose                                                                        | Antibacteriano    | J01XX08 | 1,2          | g             | Parenteral             | sim                            | não                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                             | Centro de referência em tuberculose                                                        | CESAF                                  |
| 411  | Lítio Carbonato             | Comprimido                                            | 300mg                                                 |                                                       | Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I, Conforme indicação em bula                   | Antipsicótico     | N05AN01 | 24           | mmol          | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | não se aplica | Municípios                                                                      | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                | CBAF                                   |
| 412  | Lopinavir + ritonavir       | Solução oral                                          | 80mg/mL + 20mg/mL                                     | Frasco                                                | Infecção pelo HIV                                                                  | Antiviral         | J05AR10 | 0,8          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                             | UDM                                                                                        | CESAF                                  |
| 413  | Lopinavir + ritonavir       | Comprimido                                            | 100mg + 25mg                                          |                                                       | Infecção de HIV                                                                    | Antiviral         | J05AR10 | 0,8          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                             | UDM                                                                                        | CESAF                                  |
| 414  | Loratadina                  | Comprimido                                            | 10mg                                                  |                                                       | Conforme indicação em bula                                                         | Anti-histamínico  | R06AX13 | 10           | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                                                                      | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                | CBAF                                   |
| 415  | Loratadina                  | Xarope                                                | 1mg/mL                                                | Frasco                                                | Conforme indicação em bula                                                         | Anti-histamínico  | R06AX13 | 10           | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                                                                      | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                | CBAF                                   |
| 416  | Losartana potássica         | Comprimido                                            | 50mg                                                  |                                                       | Síndrome Nefrótica Primária em Crianças e Adolescentes, Conforme indicação em bula | Anti-hipertensivo | C09CA01 | 50           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | B/D                               | não se aplica | Municípios                                                                      | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                | CBAF                                   |
| 417  | Magnésio Sulfato            | Pó para solução oral                                  |                                                       | Sachê                                                 | Conforme indicação em bula                                                         | Laxante           | A06AD04 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                                                                      | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                | CBAF                                   |
| 418  | Maraviroque                 | Comprimido                                            | 150mg                                                 |                                                       | Infecção pelo HIV                                                                  | Antiviral         | J05AX09 | 0,6          | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                             | UDM                                                                                        | CESAF                                  |
| 419  | Medicamentos homeopáticos   | conforme Farmacopeia Homeopática Brasileira 3ª edição | conforme Farmacopeia Homeopática Brasileira 3ª edição | conforme Farmacopeia Homeopática Brasileira 3ª edição | não se aplica                                                                      | não se aplica     | –       | –            | –             | –                      | Sim                            | Sim                                | –                                 | não se aplica | Município                                                                       | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                | CBAF                                   |
| 420  | Medroxiprogesterona Acetato | Suspensão injetável                                   | 50mg/ml                                               | Frasco-ampola                                         | Endometriose, Puberdade Precoce, Conforme indicação em bula                        | Progestágeno      | G03AC06 | 1,67         | mg            | Parenteral             | Não                            | Não                                | X                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                | CBAF                                   |
| 421  | Medroxiprogesterona Acetato | Suspensão injetável                                   | 150mg/mL                                              | Frasco-ampola                                         | Endometriose, Puberdade Precoce, Conforme indicação em bula                        | Progestágeno      | G03AC06 | 1,67         | g             | Parenteral             | Não                            | Não                                | X                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                | CBAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica        | Forma Farmacêutica                 | Concentração | Apresentação  | Doença                                                                                               | Grupo Terapêutico            | ATC     | DDD  | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAF    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|-----------------------------|------------------------------------|--------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------|------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 422  | Medroxiprogesterona Acetato | Comprimido                         | 10mg         |               | Leiomioma de útero, Síndrome de Ovários Policísticos, Síndrome de Turner, Conforme indicação em bula | Progestágeno                 | G03DA02 | 1,67 | mg            | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 423  | Memantina                   | Comprimido                         | 10mg         |               | Doença de Alzheimer                                                                                  | Antidemência                 | N06DX01 | 20   | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 424  | Mepolizumabe                | Pó para solução injetável          | 100mg/mL     | Frasco-ampola | Asma grave                                                                                           | Antiasmático                 | R03DX09 | 3,6  | mg            | Parenteral             | não                            | não                                | B                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 425  | Mesalazina                  | Comprimido                         | 400mg        |               | Doença de Crohn, Retocolite Ulcerativa                                                               | Anti-inflamatório intestinal | A07EC02 | 1,5  | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 426  | Mesalazina                  | Comprimido de liberação prolongada | 500mg        |               | Doença de Crohn, Retocolite Ulcerativa                                                               | Anti-inflamatório intestinal | A07EC02 | 1,5  | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 427  | Mesalazina                  | Comprimido                         | 800mg        |               | Doença de Crohn, Retocolite Ulcerativa                                                               | Anti-inflamatório intestinal | A07EC02 | 1,5  | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 428  | Mesalazina                  | Supositório retal                  | 250mg        |               | Retocolite Ulcerativa                                                                                | Anti-inflamatório intestinal | A07EC02 | 1,5  | g             | Retal                  | Sim                            | Sim                                | B                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 429  | Mesalazina                  | Supositório retal                  | 1.000mg      |               | Retocolite Ulcerativa                                                                                | Anti-inflamatório intestinal | A07EC02 | 1,5  | g             | Retal                  | Não                            | Sim                                | B                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 430  | Metadona Cloridrato         | Comprimido                         | 5mg          |               | Dor crônica                                                                                          | Agente antitabágico          | N07BC02 | 25   | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 431  | Metadona Cloridrato         | Comprimido                         | 10mg         |               | Dor crônica                                                                                          | Agente antitabágico          | N07BC02 | 25   | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 432  | Metadona Cloridrato         | Solução injetável (ampola com 1mL) | 10mg/mL      | Ampola        | Dor Crônica                                                                                          | Agente antitabágico          | N07BC02 | 25   | mg            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 433  | Metformina Cloridrato       | Comprimido                         | 500mg        |               | Diabetes Mellitus, Síndrome de Ovários Policísticos, Conforme indicação em bula                      | Hipoglicemiante oral         | A10BA02 | 2    | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica      | Forma Farmacêutica                 | Concentração | Apresentação | Doença                                                                                                                                                                                                            | Grupo Terapêutico    | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAR    | Responsabilidade de Aquisição                                          | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|---------------------------|------------------------------------|--------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 434  | Metformina Cloridrato     | Comprimido                         | 850mg        |              | Diabetes Mellitus, Síndrome de Ovários Policísticos, Conforme indicação em bula                                                                                                                                   | Hipoglicemiante oral | A10BA02 | 2            | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                                                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 435  | Metildopa                 | Comprimido                         | 250mg        |              | Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                        | Anti-hipertensivo    | C02AB01 | 1            | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                                                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 436  | Metoclopramida Cloridrato | Comprimido                         | 10mg         |              | Esclerose Sistêmica, Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                   | Antiespasmódico      | A03FA01 | 30           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                                                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 437  | Metoclopramida Cloridrato | Solução injetável                  | 5mg/mL       | Ampola       | Arboviroses (Dengue), Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                  | Antiespasmódico      | A03FA01 | 30           | mg            | Parenteral             | Não                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Estado (Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.240/2020 Arboviroses) e Municípios | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF e CESAF                           |
| 438  | Metoclopramida Cloridrato | Solução oral                       | 4mg/mL       | Frasco       | Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                        | Antiespasmódico      | A03FA01 | 30           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                                                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 439  | Metoprolol Succinato      | Comprimido de liberação prolongada | 25mg         |              | Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                        | Anti-hipertensivo    | C07AB02 | 0,15         | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C/D                               | não se aplica | Municípios                                                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 440  | Metoprolol Succinato      | Comprimido de liberação prolongada | 50mg         |              | Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                        | Anti-hipertensivo    | C07AB02 | 0,15         | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C/D                               | não se aplica | Municípios                                                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 441  | Metoprolol Succinato      | Comprimido de liberação prolongada | 100mg        |              | Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                        | Anti-hipertensivo    | C07AB02 | 0,15         | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C/D                               | não se aplica | Municípios                                                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 442  | Metoprolol Tartarato      | Comprimido                         | 100mg        |              | Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                        | Anti-hipertensivo    | C07AB02 | 0,15         | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C/D                               | não se aplica | Municípios                                                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 443  | Metotrexato               | Solução injetável (frasco com 2mL) | 25mg/mL      | Ampola       | Artrite Psoriásica, Artrite Reumatoide, Artrite Idiopática Juvenil, Dermatomiosite e Polimiosite, Doença de Crohn, Esclerose Sistêmica, Espondilite Ancilosa e Sacroileite, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Psoríase | Imunossupressor      | L04AX03 | não relatado | não relatado  | Parenteral             | Sim                            | Não                                | X                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                    | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica     | Forma Farmacêutica | Concentração  | Apresentação | Doença                                                                                                                                                                                                            | Grupo Terapêutico      | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|--------------------------|--------------------|---------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 444  | Metotrexato              | Comprimido         | 2,5mg         |              | Artrite Psoriásica, Artrite Reumatoide, Artrite Idiopática Juvenil, Dermatomiosite e Polimiosite, Doença de Crohn, Esclerose Sistêmica, Espondilite Ancilosa e Sacroileite, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Psoríase | Imunossupressor        | L04AX03 | 2,5          | mg            | Oral                   | Sim                            | Não                                | X                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 445  | Metronidazol             | Gel vaginal        | 100mg/g (10%) | Bisnaga      | Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                        | Anti-infeccioso tópico | G01AF01 | 0,5          | g             | Tópico                 | Não                            | Não (no 1º trimestre)/Sim          | X (no 1º trimestre) /B            | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 446  | Metronidazol             | Comprimido         | 250mg         |              | Doença de Crohn, Tétano acidental, Conforme indicação em bula                                                                                                                                                     | Antiparasitário        | J01XD01 | 2            | g             | Oral                   | Sim                            | Não (no 1º trimestre)/Sim          | X (no 1º trimestre) /B            | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 447  | Metronidazol             | Comprimido         | 400mg         |              | Doença de Crohn, Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                       | Antiparasitário        | J01XD01 | 2            | g             | Oral                   | Sim                            | Não (no 1º trimestre)/Sim          | X (no 1º trimestre) /B            | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 448  | Micofenolato de mofetila | Comprimido         | 500mg         |              | Lúpus eritematoso, Transplante Cardíaco, Transplante Hepático, Transplante Renal                                                                                                                                  | Imunossupressor        | L04AA   | 2            | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 449  | Micofenolato de sódio    | Comprimido         | 180mg         |              | Transplante Cardíaco, Transplante Hepático, Transplante Renal                                                                                                                                                     | Imunossupressor        | L04AA   | 2            | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 450  | Micofenolato de sódio    | Comprimido         | 360mg         |              | Transplante Cardíaco, Transplante Hepático, Transplante Renal                                                                                                                                                     | Imunossupressor        | L04AA   | 2            | g             | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 451  | Miconazol Nitrato        | Gel oral           | 2% (20mg/g)   | Bisnaga      | Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                        | Antimicrobiano tópico  | A01AB09 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 452  | Miconazol Nitrato        | Loção              | 2% (20mg/g)   | Frasco       | Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                        | Antifúngico            | D01AC02 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 453  | Miconazol Nitrato        | Pó                 | 2% (20mg/g)   |              | Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                        | Antifúngico            | D01AC02 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 454  | Miconazol Nitrato        | Creme vaginal      | 2% (20mg/g)   | Bisnaga      | Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                        | Anti-infeccioso tópico | G01AF04 | 0,1          | g             | Vaginal                | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica   | Forma Farmacêutica                 | Concentração                                                                                                                                                                                                                                                                      | Apresentação | Doença                                              | Grupo Terapêutico       | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAF    | Responsabilidade de Aquisição                                                   | Onde encontrar                                                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------|-------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 455  | Miconazol Nitrato      | Creme                              | 2% (20mg/g)                                                                                                                                                                                                                                                                       | Bisnaga      | Conforme indicação em bula                          | Antifúngico             | D01AC02 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                                                                      | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                 | CBAF                                   |
| 456  | Micronutrientes        | Pó                                 | Cada sachê de 1g contém: vitamina A 400mcg, vitamina D 5mcg, vitamina E 5mg, vitamina C 30mg, vitamina B1 0,5mg, vitamina B2 0,5mg, vitamina B6 0,5mg, vitamina PP 6mg, vitamina B9 150mcg, vitamina B12 0,9mcg, ferro 10mg, zinco 4,1mg, cobre 560mcg, selênio 17mcg, iodo 90mcg | Sachê        | Prevenção de Deficiências Nutricionais              | Formulação nutricional  | V06DX   | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | NA                                | não se aplica | Ministério da Saúde                                                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                 | CESAF                                  |
| 457  | Midazolam              | solução oral                       | 2mg/mL                                                                                                                                                                                                                                                                            | Frasco       | Conforme indicação em bula                          | Hipnótico e sedativo    | N05CD08 | 15           | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                                                                      | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                 | CBAF                                   |
| 458  | Miglustate             | Cápsula                            | 100mg                                                                                                                                                                                                                                                                             |              | Doença de Gaucher                                   | Enzima para metabolismo | A16AX06 | 0,3          | g             | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                             | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                       | CEAF                                   |
| 459  | Miltefosina            | Cápsula                            | 50mg                                                                                                                                                                                                                                                                              |              | Leishmaniose                                        | Antineoplásico          | L01XX09 | não relatado | não relatado  | Oral                   | não                            | não                                | D                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                             | Unidades de Saúde municipais                                                                | CESAF                                  |
| 460  | Minociclina Cloridrato | Comprimido                         | 100mg                                                                                                                                                                                                                                                                             |              | Hanseníase e Fibrose Cística (Idade mínima: 8 anos) | Antibacteriano          | J01AA08 | 0,2          | g             | Oral                   | Sim (> 8 anos)                 | Não                                | X                                 | 2             | Ministério da Saúde e Estado (Resolução SES/MG Nº 7.214/2020 - Fibrose Cística) | Centros de referência em hanseníase e Farmácia Regional Estadual de referência do município | CESAF e CEAF                           |
| 461  | Morfina Sulfato        | Solução injetável (ampola com 1mL) | 10mg/mL                                                                                                                                                                                                                                                                           | Ampola       | Dor Crônica                                         | Opiáceo                 | N02AA01 | 30           | mg            | Parenteral             | Não                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                                                                          | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                       | CEAF                                   |
| 462  | Morfina Sulfato        | Solução oral (frasco com 60mL)     | 10mg/mL                                                                                                                                                                                                                                                                           | Frasco       | Dor Crônica                                         | Opiáceo                 | N02AA01 | 0,1          | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                                                                          | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                       | CEAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica     | Forma Farmacêutica              | Concentração | Apresentação  | Doença                                                                                                                   | Grupo Terapêutico               | ATC     | DDD | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAR    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|--------------------------|---------------------------------|--------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------|-----|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 463  | Morfina Sulfato          | Comprimido                      | 10mg         |               | Dor Crônica                                                                                                              | Opiáceo                         | N02AA01 | 0,1 | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 464  | Morfina Sulfato          | Comprimido                      | 30mg         |               | Dor Crônica                                                                                                              | Opiáceo                         | N02AA01 | 0,1 | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | B/D                               | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 465  | Morfina Sulfato          | Cápsula de liberação prolongada | 30mg         |               | Dor Crônica                                                                                                              | Opiáceo                         | N02AA01 | 0,1 | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | B/D                               | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 466  | Morfina Sulfato          | Cápsula de liberação prolongada | 60mg         |               | Dor Crônica                                                                                                              | Opiáceo                         | N02AA01 | 0,1 | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B/D                               | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 467  | Morfina Sulfato          | Cápsula de liberação prolongada | 100mg        |               | Dor Crônica                                                                                                              | Opiáceo                         | N02AA01 | 0,1 | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | B/D                               | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 468  | Moxifloxacino Cloridrato | Comprimido                      | 400mg        |               | Tuberculose                                                                                                              | Antibacteriano                  | J01MA14 | 0,4 | g             | Oral                   | não                            | não                                | D                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Centro de referência em tuberculose                         | CESAF                                  |
| 469  | Naproxeno                | Comprimido                      | 250mg        |               | Artrite Idiopática Juvenil, Artrite Psoríase, Artrite Reumatoide, Artrite Reativa, Espondilite Ancilosante e Sacroileite | Anti-inflamatório não esteroide | M01AE02 | 0,5 | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | B/D                               | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 470  | Naproxeno                | Comprimido                      | 500mg        |               | Artrite Idiopática Juvenil, Artrite Psoríase, Artrite Reumatoide, Artrite Reativa, Espondilite Ancilosante e Sacroileite | Anti-inflamatório não esteroide | M01AE02 | 0,5 | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | B/D                               | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 471  | Natalizumabe             | Solução injetável               | 20mg/mL      | Frasco-ampola | Esclerose Múltipla                                                                                                       | Imunossupressor                 | L04AA23 | 10  | mg            | Parenteral             | Não                            | Não                                | X                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 472  | Nevirapina               | Comprimido                      | 200mg        |               | Infecção pelo HIV                                                                                                        | Antiviral                       | J05AG01 | 0,4 | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | UDM                                                         | CESAF                                  |
| 473  | Nevirapina               | Suspensão oral                  | 10mg/mL      | Frasco        | Infecção pelo HIV                                                                                                        | Antiviral                       | J05AG01 | 0,4 | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | UDM                                                         | CESAF                                  |
| 474  | Nicotina                 | Adesivo transdérmico            | 7mg          |               | Combate ao Tabagismo                                                                                                     | Agente antitabágico             | N07BA01 | 14  | mg            | Transdérmico           | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CESAF                                  |
| 475  | Nicotina                 | Adesivo transdérmico            | 14mg         |               | Combate ao Tabagismo                                                                                                     | Agente antitabágico             | N07BA01 | 14  | mg            | Transdérmico           | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CESAF                                  |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica                        | Forma Farmacêutica    | Concentração     | Apresentação | Doença                                                                                                    | Grupo Terapêutico            | ATC          | DDD | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição           | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|---------------------------------------------|-----------------------|------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------|-----|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 476  | Nicotina                                    | Adesivo transdérmico  | 21mg             |              | Combate ao Tabagismo                                                                                      | Agente antitabágico          | N07BA01      | 14  | mg            | Transdérmico           | Não                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                     | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CESAF                                  |
| 477  | Nicotina                                    | Goma de mascar        | 2mg              |              | Combate ao Tabagismo                                                                                      | Agente antitabágico          | N07BA01      | 30  | mg            | Goma de mascar         | Não                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                     | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CESAF                                  |
| 478  | Nicotina                                    | Pastilha              | 2mg              |              | Combate ao Tabagismo                                                                                      | Agente antitabágico          | N07BA01      | 30  | mg            | Sublingual/ bucal      | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                     | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CESAF                                  |
| 479  | Nifedipino                                  | Comprimido ou cápsula | 10mg             |              | Esclerose Sistêmica, Hipertensão Arterial Pulmonar, Hipertensão de Emergência, Conforme indicação em bula | Antianginoso e vasodilatador | C08CA05      | 30  | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                              | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 480  | Nifurtimox                                  | Comprimido            | 120 mg           |              | Doença de Chagas                                                                                          | Antiprotozoário              | P01CC01      | 0,7 | g             | Oral                   | Não                            | Não                                | não identificado                  | não se aplica | Ministério da Saúde                     | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CESAF                                  |
| 481  | Nintedanibe                                 | Cápsula               | 150mg            |              | Doença Pulmonar Intersticial Fibrosante Progressiva                                                       | Imunossupressor              | L01EX09 0,38 |     | g             | Oral                   | Não                            | Não                                | D                                 | 2             | Estado (Resolução SES/MG Nº 9612/ 2024) | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 482  | Nistatina                                   | Suspensão oral        | 100.000UI/mL     | Frasco       | Conforme indicação em bula                                                                                | Antiinfecioso intestinal     | A07AA02      | 1,5 | M.U           | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                              | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 483  | Nitrofurantoina                             | Cápsula               | 100mg            |              | Conforme indicação em bula                                                                                | Antifúngico                  | J01XE01      | 0,2 | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                              | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 484  | Nitrofurantoina                             | Suspensão oral        | 5mg/mL           | Frasco       | Conforme indicação em bula                                                                                | Antibacteriano               | J01XE01      | 0,2 | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                              | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 485  | Noretisterona                               | Comprimido            | 0,35mg           |              | Síndrome de Ovários Policísticos, Conforme indicação em bula                                              | Progestágeno                 | G03AC01      | 5   | mg            | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                     | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 486  | Noretisterona Enantato + Estradiol Valerato | Solução injetável     | 50mg/mL + 5mg/mL | Ampola       | Conforme indicação em bula                                                                                | Progestágeno                 | G03AA05      | 2,5 | mg            | Parenteral             | Não                            | Não                                | X                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                     | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 487  | Nortriptilina Cloridrato                    | Cápsula               | 10mg             |              | Dor crônica, Conforme indicação em bula                                                                   | Antidepressivo               | N06AA10      | 75  | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                              | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica     | Forma Farmacêutica          | Concentração | Apresentação  | Doença                                                               | Grupo Terapêutico                        | ATC     | DDD | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAF    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|--------------------------|-----------------------------|--------------|---------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------|-----|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 488  | Nortriptilina Cloridrato | Cápsula                     | 25mg         |               | Dor crônica, Conforme indicação em bula                              | Antidepressivo                           | N06AA10 | 75  | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                 | CBAF                                   |
| 489  | Nortriptilina Cloridrato | Cápsula                     | 50mg         |               | Dor crônica, Conforme indicação em bula                              | Antidepressivo                           | N06AA10 | 75  | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                 | CBAF                                   |
| 490  | Nortriptilina Cloridrato | Cápsula                     | 75mg         |               | Dor crônica, Conforme indicação em bula                              | Antidepressivo                           | N06AA10 | 75  | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                 | CBAF                                   |
| 491  | Nusinersena              | Solução injetável           | 2,4mg/ml     | Frasco-ampola | Atrofia Muscular Espinhal Tipo I e II                                | Droga para alteração músculo-esquelética | M09AX07 | 0,1 | mg            | Parenteral             | sim                            | não                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Centro de referência habilitado                                                             | CEAF                                   |
| 492  | Octreotida               | Solução injetável           | 0,1mg/mL     | Ampola        | Acromegalia e gigantismo hipofisário                                 | Hormônio hipofisário                     | H01CB02 | 0,7 | mg            | Parenteral             | Não                            | Sim                                | B                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                       | CEAF                                   |
| 493  | Octreotida Acetato       | Pó para suspensão injetável | 10mg         | Frasco-ampola | Acromegalia e gigantismo hipofisário                                 | Hormônio hipotalâmico                    | H01CB02 | 0,7 | mg            | Parenteral             | Não                            | Sim                                | B                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                       | CEAF                                   |
| 494  | Octreotida Acetato       | Pó para suspensão injetável | 20mg         | Frasco-ampola | Acromegalia e gigantismo hipofisário                                 | Hormônio hipotalâmico                    | H01CB02 | 0,7 | mg            | Parenteral             | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                       | CEAF                                   |
| 495  | Octreotida Acetato       | Pó para suspensão injetável | 30mg         | Frasco-ampola | Acromegalia e gigantismo hipofisário                                 | Hormônio hipotalâmico                    | H01CB02 | 0,7 | mg            | Parenteral             | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                       | CEAF                                   |
| 496  | Ofloxacino               | Comprimido                  | 400mg        |               | Febre Tifoide, Hanseníase                                            | Antibacteriano                           | J01MA01 | 0,4 | g             | Oral                   | Não                            | Não                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Centros de referência em hanseníase e Farmácia Regional Estadual de referência do município | CESAF                                  |
| 497  | Olanzapina               | Comprimido                  | 5mg          |               | Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Afetivo Bipolar | Antipsicótico                            | N05AH03 | 10  | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                       | CEAF                                   |
| 498  | Olanzapina               | Comprimido                  | 10mg         |               | Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Afetivo Bipolar | Antipsicótico                            | N05AH03 | 10  | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                       | CEAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica    | Forma Farmacêutica        | Concentração | Apresentação | Doença                                                                                                                                                           | Grupo Terapêutico      | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                                                                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|-------------------------|---------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 499  | Óleo mineral            | Óleo                      | 100mL        | Frasco       | Conforme indicação em bula                                                                                                                                       | Emoliente e protetores | D02AC   | 15           | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                                 | CBAF                                   |
| 500  | Omalizumabe             | Pó para solução injetável | 150mg        | Frasco       | Asma grave                                                                                                                                                       | Antiasmático           | R03DX05 | 16           | mg            | Parenteral             | sim                            | não                                | B                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                                                       | CEAF                                   |
| 501  | Omeprazol               | Cápsula                   | 10mg         |              | Esclerose Sistêmica, Conforme indicação em bula                                                                                                                  | Antiácido              | A02BC01 | 20           | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                                 | CBAF                                   |
| 502  | Omeprazol               | Cápsula                   | 20mg         |              | Esclerose Sistêmica, Conforme indicação em bula                                                                                                                  | Antiácido              | A02BC01 | 20           | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                                 | CBAF                                   |
| 503  | Ondansetrona Cloridrato | Comprimido orodispersível | 8mg          |              | Conforme indicação em bula                                                                                                                                       | Antiemético            | A04AA01 | 16           | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                                 | CBAF                                   |
| 504  | Ondansetrona Cloridrato | Comprimido orodispersível | 4mg          |              | Conforme indicação em bula                                                                                                                                       | Antiemético            | A04AA01 | 16           | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                                 | CBAF                                   |
| 505  | Oseltamivir Fosfato     | Cápsula                   | 30mg         |              | Influenza A H1N1                                                                                                                                                 | Antiviral              | J05AH02 | 0,15         | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                                 | CESAF                                  |
| 506  | Oseltamivir Fosfato     | Cápsula                   | 45mg         |              | Influenza A H1N1                                                                                                                                                 | Antiviral              | J05AH02 | 0,15         | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                                 | CESAF                                  |
| 507  | Oseltamivir Fosfato     | Cápsula                   | 75mg         |              | Influenza A H1N1                                                                                                                                                 | Antiviral              | J05AH02 | 0,15         | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                                 | CESAF                                  |
| 508  | Palivizumabe            | Solução injetável         | 50mg         | Frasco 0,5mL | Profilaxia do Vírus Sincicial Respiratório. Distribuído somente no período sazonal conforme critérios definidos em portarias publicadas pelo Ministério da Saúde | Imunoglobulina         | J06BB16 | não relatado | não relatado  | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Hospitais e Maternidades públicos/ Filantrópicas credenciadas e estabelecimentos de saúde credenciados (polos de aplicação) | CESAF                                  |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica | Forma Farmacêutica                 | Concentração | Apresentação | Doença                                                                                                                                                         | Grupo Terapêutico         | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição                                          | Onde encontrar                                                                                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|----------------------|------------------------------------|--------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 509  | Palivizumabe         | Solução injetável                  | 100mg        | Frasco 1mL   | Profilaxia do Vírus Sincial Respiratório. Distribuído somente no período sazonal conforme critérios definidos em portarias publicadas pelo Ministério da Saúde | Imunoglobulina            | J06BB16 | não relatado | não relatado  | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                    | Hospitais e Maternidades públicos/ Filantrópicas credenciadas e estabelecimentos de saúde credenciados (polos de aplicação) | CESAF                                  |
| 510  | Palmitato de retinol | Solução oral                       | 150.000UI/mL | Frasco       | Deficiência de Vitamina A, Conforme indicação em bula                                                                                                          | Suplemento vitamínico     | A11CA01 | 50           | TU            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                                                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                                 | CBAF                                   |
| 511  | Palmitato de retinol | Cápsula mole                       | 100.000UI    |              | Deficiência de Vitamina A                                                                                                                                      | Suplemento vitamínico     | A11CA01 | 50           | TU            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades da Saúde municipais                                                                 | CESAF                                  |
| 512  | Palmitato de retinol | Cápsula mole                       | 200.000UI    |              | Deficiência de Vitamina A, Sarampo                                                                                                                             | Suplemento vitamínico     | A11CA01 | 50           | TU            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades da Saúde municipais                                                                 | CESAF                                  |
| 513  | Pancreatina          | Cápsula                            | 10.000UI     |              | Fibrose Cística, Insuficiência Pancreática Exócrina                                                                                                            | Enzima digestiva          | A09AA   | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1B            | Estado                                                                 | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                                                       | CEAF                                   |
| 514  | Pancreatina          | Cápsula                            | 25.000UI     |              | Fibrose Cística, Insuficiência Pancreática Exócrina                                                                                                            | Enzima digestiva          | A09AA   | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1B            | Estado                                                                 | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                                                       | CEAF                                   |
| 515  | Paracetamol          | Solução oral                       | 200mg/mL     | Frasco       | Arboviroses (Dengue), Dor crônica, Espondilose, Conforme indicação em bula                                                                                     | Analgésico e Antitérmico  | N02BE01 | 3            | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Estado (Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.240/2020 Arboviroses) e Municípios | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                                 | CBAF e CESAF                           |
| 516  | Paracetamol          | Comprimido                         | 500mg        |              | Arboviroses (Dengue), Dor crônica, Espondilose, Rubéola, Sarampo, Conforme indicação em bula                                                                   | Analgésico e Antitérmico  | N02BE01 | 3            | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Estado (Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.240/2020 Arboviroses) e Municípios | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                                 | CBAF e CESAF                           |
| 517  | Paricalcitol         | Solução injetável (ampola com 1mL) | 5mcg/mL      | Ampola       | Distúrbio Mineral e Ósseo na Doença Renal Crônica, Sobrecarga de Ferro                                                                                         | Hormônio antiparatiroides | H05BX02 | 2            | mcg           | Parenteral             | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                    | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                                                       | CEAF                                   |
| 518  | Pasta-d'água         | Pasta                              | 25%          |              | Conforme indicação em bula                                                                                                                                     | Emoliente e protetores    | D02AB   | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                                                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                                 | CBAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica     | Forma Farmacêutica                  | Concentração         | Apresentação  | Doença                                | Grupo Terapêutico                | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAR    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                                                                    | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|--------------------------|-------------------------------------|----------------------|---------------|---------------------------------------|----------------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 519  | Penicilamina             | Cápsula                             | 250mg                |               | Doença de Wilson                      | Anti-inflamatório não esteroidal | M01CC01 | 0,5          | g             | Oral                   | Sim                            | Não                                | X                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                             | CEAF                                   |
| 520  | Pentamidina Isetionato   | Pó para solução injetável           | 300mg                | Frasco-ampola | Leishmaniose                          | Antiparasitário                  | P01CX01 | 0,28         | g             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades da Saúde municipais                                       | CESAF                                  |
| 521  | Pentoxifilina            | Comprimido                          | 400mg                |               | Hanseníase, Leishmaniose              | Vasodilatador                    | C04AD03 | 1            | g             | Oral                   | Não                            | Não                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Centros de referência em hanseníase e Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CESAF                                  |
| 522  | Permanganato de potássio | Comprimido para uso tópico          | 100mg                |               | Conforme indicação em bula            | Antibacteriano e antifúngico     | D08AX06 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | NA                                | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                       | CBAF                                   |
| 523  | Permanganato de potássio | Pó                                  | 100mg (FN**)         |               | Conforme indicação em bula            | Antibacteriano e antifúngico     | D08AX06 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | NA                                | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                       | CBAF                                   |
| 524  | Permetrina               | Loção                               | 10mg/g (1%)          | Frasco        | Conforme indicação em bula            | Ectoparasiticida                 | P03AC04 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                       | CBAF                                   |
| 525  | Permetrina               | Loção                               | 50mg/g (5%)          | Frasco        | Conforme indicação em bula            | Ectoparasiticida                 | P03AC04 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                       | CBAF                                   |
| 526  | Peróxido de benzoíla     | Gel                                 | 25mg/g (2,5%) (FN**) | Bisnaga       | Acne e Conforme indicação em bula     | Antiacneico                      | D10AE01 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                       | CBAF                                   |
| 527  | Peróxido de benzoíla     | Gel                                 | 50mg/g (5%) (FN**)   | Bisnaga       | Acne e Conforme indicação em bula     | Antiacneico                      | D10AE01 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                       | CBAF                                   |
| 528  | Pilocarpina Cloridrato   | Solução oftálmica (frasco com 10mL) | 20mg/mL              | Frasco        | Glaucoma e Conforme indicação em bula | Oftalmológico                    | S01EB01 | 0,4          | mL            | Tópico ocular          | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios e CRO-SUS          | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais/Centros de referência em oftalmologia | CBAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica   | Forma Farmacêutica       | Concentração                           | Apresentação | Doença                                                                | Grupo Terapêutico      | ATC        | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição          | Onde encontrar                                                                                   | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|------------------------|--------------------------|----------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------|------------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 529  | Pirazinamida           | Comprimidos dispersíveis | 150 mg                                 |              | Tuberculose                                                           | Antimicobacteriano     | J04AK01    | 1,5          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais/ Centro de referência em tuberculose | CESAF                                  |
| 530  | Pirazinamida           | Comprimido               | 500mg                                  |              | Tuberculose                                                           | Antimicobacteriano     | J04AK01    | 1,5          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais/ Centro de referência em tuberculose | CESAF                                  |
| 531  | Pirazinamida           | Suspensão oral           | 30mg/mL (3%)                           | Frasco       | Tuberculose                                                           | Antimicobacteriano     | J04AK01    | 1,5          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais/ Centro de referência em tuberculose | CESAF                                  |
| 532  | Pirfenidona            | Cápsula                  | 267mg                                  |              | Fibrose Pulmonar Idiopática                                           | Imunossupressor        | L04AX05    | 2,4          | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado (Resolução SES/MG Nº 9612/2024) | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                            | CEAF                                   |
| 533  | Piridostigmina Brometo | Comprimido               | 60mg                                   |              | Miastenia Gravis                                                      | Parassimpaticomimético | N07AA02    | 0,18         | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                                 | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                            | CEAF                                   |
| 534  | Piridoxina Cloridrato  | Comprimido               | 40mg                                   |              | Doença de Wilson, Homocistinúria Clássica, Conforme indicação em bula | Suplemento vitamínico  | A11HA02    | não relatado | não relatado  | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                      | CBAF                                   |
| 535  | Piridoxina Cloridrato  | Comprimido               | 50mg                                   |              | Tuberculose                                                           | Suplemento vitamínico  | A11HA02    | não relatado | não relatado  | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                    | Centro de referência em tuberculose                                                              | CESAF                                  |
| 536  | Piridoxina Cloridrato  | Comprimido               | 100mg                                  |              | Tuberculose                                                           | Suplemento vitamínico  | A11HA02    | não relatado | não relatado  | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                    | Centro de referência em tuberculose                                                              | CESAF                                  |
| 537  | Pirimetamina           | Comprimido               | 25mg                                   |              | Toxoplasmose                                                          | Antiparasitário        | P01BD01    | 75           | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                      | CESAF                                  |
| 538  | Podofilina             | Solução para uso tópico  | 100mg/mL (10%) a 250mg/mL (25%) (FN**) | Frasco gotas | Verruga e Conforme indicação em bula                                  | Queratolítico          | D11AF      | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Não                            | Não                                | X                                 | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                      | CBAF                                   |
| 539  | Polimetilmetacrilato   |                          | 30%                                    | Seringa      | Lipodistrofia                                                         | não se aplica          | não consta | não relatado | não relatado  | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | não se aplica | Municípios                             | UDM                                                                                              | CESAF                                  |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica                                                                   | Forma Farmacêutica | Concentração                                    | Apresentação | Doença                                                                                                                                                                                                                           | Grupo Terapêutico                       | ATC        | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAF    | Responsabilidade de Aquisição                                                                               | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 540  | Polimetilmetacrilato                                                                   |                    | 10%                                             | Seringa      | Lipodistrofia                                                                                                                                                                                                                    | não se aplica                           | não consta | não relatado | não relatado  | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | não se aplica | Estado (Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.413/2016 e Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.596/2017 - Infecção Oportunista) | UDM                                                         | CESAF                                  |
| 541  | Polimixina B Sulfato + Neomicina Sulfato + Fluocinolona acetona + Lidocaína Cloridrato | Solução otológica  | 10.000ui/ml + 3,500mg/ml + 0,250mg/ml + 20mg/ml |              | Otite externa aguda, Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                  | Otológico                               | S02AA11    | não relatado | não relatado  | Tópico                 | sim                            | não                                | C                                 | não se aplica | Municípios                                                                                                  | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 542  | Pramipexol Dicloridrato                                                                | Comprimido         | 0,125mg                                         |              | Doença de Parkinson                                                                                                                                                                                                              | Antiparkinsoniano                       | N04BC05    | 2,5          | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                                                         | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 543  | Pramipexol Dicloridrato                                                                | Comprimido         | 0,25mg                                          |              | Doença de Parkinson                                                                                                                                                                                                              | Antiparkinsoniano                       | N04BC05    | 2,5          | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                                                         | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 544  | Pramipexol Dicloridrato                                                                | Comprimido         | 1mg                                             |              | Doença de Parkinson                                                                                                                                                                                                              | Antiparkinsoniano                       | N04BC05    | 2,5          | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                                                         | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 545  | Praziquantel                                                                           | Comprimido         | 600mg                                           |              | Esquistossomose                                                                                                                                                                                                                  | Antiparasitário                         | P02BA01    | 3            | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                                                         | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CESAF                                  |
| 546  | Prednisolona Fosfato sódico                                                            | Solução oral       | 1mg/mL                                          | Frasco       | Artrite Reumatoide, Artrite Idiopática Juvenil, Asma, Hemangioma infantil, Hiperplasia Adrenal Primária, Imunossupressão no Transplante Hepático Adulto e Pediátrico, Insuficiência Adrenal Primária, Conforme indicação em bula | Anti-inflamatório esteroideal sistêmico | H02AB06    | 10           | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                                                                                                  | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 547  | Prednisolona Fosfato sódico                                                            | Solução oral       | 3mg/mL                                          | Frasco       | Artrite Reumatoide, Artrite Idiopática Juvenil, Asma, Hemangioma infantil, Hiperplasia Adrenal Primária, Imunossupressão no Transplante Hepático Pediátrico, Insuficiência Adrenal Primária, Conforme indicação em bula          | Anti-inflamatório esteroideal sistêmico | H02AB06    | 10           | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                                                                                                  | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica | Forma Farmacêutica | Concentração | Apresentação | Doença                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Grupo Terapêutico                     | ATC     | DDD | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAR    | Responsabilidade de Aquisição    | Onde encontrar                                                                                   | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|----------------------|--------------------|--------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------|-----|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 548  | Prednisona           | Comprimido         | 5mg          |              | Anemia Aplástica Adquirida, Aplasia Pura Adquirida Crônica da Série Vermelha, Artrite Psoriática, Artrite Reativa, Artrite Reumatoide, Artrite Idiopática Juvenil, Asma, Dermatomiosite e polimiosite, Doença de Crohn, Esclerose Sistêmica, Hemangioma Infantil, Hepatite autoimune, Hanseníase, Hiperplasia Adrenal Primária, Imunossupressão no Transplante Hepático Adulto e Pediátrico, Insuficiência Adrenal Primária, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Miastenia Gravis, Púrpura Trombocitopênica Idiopática, Retocolite Ulcerativa; Síndrome Nefrótica Primária em Crianças, Adolescentes e Adultos; Uveítes não Infecciosas, Conforme indicação em bula | Anti-inflamatório esteroide sistêmico | H02AB07 | 10  | mg            | Oral                   | Sim                            | Não                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde e Municípios | Centros de referência em hanseníase, Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF e CESAF                           |
| 549  | Prednisona           | Comprimido         | 20mg         |              | Anemia Aplástica Adquirida, Aplasia Pura Adquirida Crônica da Série Vermelha, Artrite Psoriática, Artrite Reativa, Artrite Reumatoide, Artrite Idiopática Juvenil, Asma, Dermatomiosite e polimiosite, Doença de Crohn, Esclerose Sistêmica, Hemangioma infantil, Hepatite autoimune, Hanseníase, Hiperplasia Adrenal Primária, Imunossupressão no Transplante Hepático Adulto e Pediátrico, Insuficiência Adrenal Primária, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Miastenia Gravis, Púrpura Trombocitopênica Idiopática, Retocolite Ulcerativa; Síndrome Nefrótica Primária em Crianças, Adolescentes e Adultos; Uveítes não Infecciosas, Conforme indicação em bula | Anti-inflamatório esteroide sistêmico | H02AB07 | 10  | mg            | Oral                   | Sim                            | Não                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde e Municípios | Centros de referência em hanseníase, Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF e CESAF                           |
| 550  | Primaquina Difosfato | Comprimido         | 5mg          |              | Malária                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Antiparasitário                       | P01BA03 | 15  | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Ministério da Saúde              | Farmácias Públicas municipais/ Hospitais/ Centros de Referência                                  | CESAF                                  |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica    | Forma Farmacêutica | Concentração | Apresentação | Doença                                                                     | Grupo Terapêutico | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAR    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                                                                      | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|-------------------------|--------------------|--------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 551  | Primaquina Difosfato    | Comprimido         | 15mg         |              | Malária e Infecção Oportunista                                             | Antiparasitário   | P01BA03 | 15           | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Hospitais/ Centros de Referência/ Unidades de Saúde municipais e UDM | CESAF                                  |
| 552  | Primidona               | Comprimido         | 100mg        |              | Epilepsia                                                                  | Antiepiléptico    | N03AA03 | 1,25         | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                               | CEAF                                   |
| 553  | Prometazina Cloridrato  | Comprimido         | 25mg         |              | Conforme indicação em bula                                                 | Anti-histamínico  | R06AD02 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                         | CBAF                                   |
| 554  | Prometazina Cloridrato  | Solução injetável  | 25mg/mL      | Ampola       | Conforme indicação em bula                                                 | Anti-histamínico  | R06AD02 | não relatado | não relatado  | Parenteral             | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                         | CBAF                                   |
| 555  | Propafenona Cloridrato  | Comprimido         | 150mg        |              | Conforme indicação em bula                                                 | Antiarrítmico     | C01BC03 | 0,3          | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                         | CBAF                                   |
| 556  | Propafenona Cloridrato  | Comprimido         | 300mg        |              | Conforme indicação em bula                                                 | Antiarrítmico     | C01BC03 | 0,3          | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                         | CBAF                                   |
| 557  | Propiltiouracila        | Comprimido         | 100mg        |              | Conforme indicação em bula                                                 | Antitireoideanos  | H03BA02 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                         | CBAF                                   |
| 558  | Propranolol Cloridrato  | Comprimido         | 10mg         |              | Hemangioma infantil, Hipertensão de Emergência, Conforme indicação em bula | Antiarrítmico     | C07AA05 | 0,16         | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C/D                               | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                         | CBAF                                   |
| 559  | Propranolol Cloridrato  | Comprimido         | 40mg         |              | Hemangioma infantil, Hipertensão de Emergência, Conforme indicação em bula | Anti-hipertensivo | C07AA05 | 0,16         | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C/D                               | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                         | CBAF                                   |
| 560  | Quetiapina Hemifumarato | Comprimido         | 25mg         |              | Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Afetivo Bipolar       | Antipsicótico     | N05AH04 | 0,4          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                               | CEAF                                   |
| 561  | Quetiapina Hemifumarato | Comprimido         | 100mg        |              | Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Afetivo Bipolar       | Antipsicótico     | N05AH04 | 0,4          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                               | CEAF                                   |

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

| Item | Denominação Genérica    | Forma Farmacêutica    | Concentração | Apresentação | Doença                                                                                                                 | Grupo Terapêutico  | ATC     | DDD  | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAR    | Responsabilidade de Aquisição                                                   | Onde encontrar                                                                                                                                                                                  | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|-------------------------|-----------------------|--------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------|------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 562  | Quetiapina Hemifumarato | Comprimido            | 200mg        |              | Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Afetivo Bipolar                                                   | Antipsicótico      | N05AH04 | 0,4  | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                             | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                                                                                                                           | CEAF                                   |
| 563  | Quetiapina Hemifumarato | Comprimido            | 300mg        |              | Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Afetivo Bipolar                                                   | Antipsicótico      | N05AH04 | 0,4  | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                             | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                                                                                                                           | CEAF                                   |
| 564  | Raloxifeno Cloridrato   | Comprimido            | 60mg         |              | Osteoporose                                                                                                            | Modulador hormonal | G03XC01 | 60   | mg            | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | 2             | Estado                                                                          | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                                                                                                                           | CEAF                                   |
| 565  | Raltegravir potássico   | Comprimido mastigável | 100mg        |              | Infecção pelo HIV                                                                                                      | Antiviral          | J05AX08 | 0,8  | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                             | UDM                                                                                                                                                                                             | CESAF                                  |
| 566  | Raltegravir             | Granulado             | 100mg        |              | Infecção pelo HIV                                                                                                      | Antiviral          | J05AX08 | 0,8  | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                             | UDM                                                                                                                                                                                             | CESAF                                  |
| 567  | Raltegravir potássico   | Comprimido            | 400mg        |              | Infecção pelo HIV                                                                                                      | Antiviral          | J05AX08 | 0,8  | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                             | UDM                                                                                                                                                                                             | CESAF                                  |
| 568  | Rasagilina Mesilato     | Comprimido            | 1mg          |              | Doença de Parkinson                                                                                                    | Antiparkinsoniano  | N04BD02 | 1    | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                             | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                                                                                                                           | CEAF                                   |
| 569  | Ribavirina              | Cápsula               | 250mg        |              | Hepatite Viral C                                                                                                       | Antiviral          | J05AB04 | 1    | mg            | Oral                   | Sim                            | Não                                | X                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                             | UDM                                                                                                                                                                                             | CESAF                                  |
| 570  | Rifabutina              | Cápsula               | 150mg        |              | Infecção Oportunista                                                                                                   | Antimicobacteriano | J04AB04 | 0,15 | g             | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                             | UDM                                                                                                                                                                                             | CESAF                                  |
| 571  | Rifampicina             | Suspensão oral        | 20mg/mL (2%) | Frasco       | Brucelose, Hanseníase, Quimioprofilaxia de Meningite bacteriana, Tuberculose                                           | Antimicobacteriano | J04AB02 | 0,6  | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                             | Centros de referência em hanseníase/ Centros de referência em tuberculose /Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                                          | CESAF                                  |
| 572  | Rifampicina             | Cápsula               | 300mg        |              | Brucelose, Fibrose Cística, Hanseníase, Hidradenite Supurativa, Quimioprofilaxia de Meningite bacteriana, Tuberculose, | Antimicobacteriano | J04AB02 | 0,6  | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 2             | Ministério da Saúde e Estado (Resolução SES/MG Nº 7.214/2020 - Fibrose Cística) | Centros de referência em hanseníase / Centro de referência em tuberculose / Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais e Farmácia Regional Estadual de referência do município | CBAF, CESAF e CEAF                     |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica                                           | Forma Farmacêutica       | Concentração                   | Apresentação                                                                                                                                         | Doença                        | Grupo Terapêutico                  | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAR    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                                                                   | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 573  | Rifampicina + Clofazimina + Dapsona                            | Comprimido/ Cápsula      | 300mg + (100mg + 50mg) + 100mg | Blister contendo 2 cápsulas de rifampicina 300mg, 28 comprimidos de dapsona 100mg, 3 cápsulas de clofazimina 100mg e 27 cápsulas de clofazimina 50mg | Hanseníase                    | Antimicobacteriano                 | J04AM06 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Centros de referência em hanseníase, Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CESAF                                  |
| 574  | Rifampicina + Clofazimina + Dapsona                            | Comprimido/ Cápsula      | (150mg + 300mg) + 50mg + 50mg  | Blister contendo 1 cápsulas de rifampicina 150mg, 1 cápsula de rifampicina 300mg, 28 comprimidos de dapsona 50mg e 16 cápsulas de clofazimina 50mg   | Hanseníase                    | Antimicobacteriano                 | J04AM06 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Centros de referência em hanseníase, Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CESAF                                  |
| 575  | Rifampicina + Isoniazida                                       | Comprimido               | 150mg + 75mg                   |                                                                                                                                                      | Tuberculose                   | Antimicobacteriano                 | J04AM02 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                      | CESAF                                  |
| 576  | Rifampicina + Isoniazida                                       | Comprimidos dispersíveis | 75mg + 50mg                    |                                                                                                                                                      | Tuberculose                   | Antimicobacteriano                 | J04AM02 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                      | CESAF                                  |
| 577  | Rifampicina + Isoniazida                                       | Comprimido               | 300mg + 150mg                  |                                                                                                                                                      | Tuberculose                   | Antimicobacteriano                 | J04AM02 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                      | CESAF                                  |
| 578  | Rifampicina + Isoniazida + pirazinamida                        | Comprimidos dispersíveis | 75mg + 50mg + 150mg            |                                                                                                                                                      | Tuberculose                   | Antimicobacteriano                 | J04AM05 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                      | CESAF                                  |
| 579  | Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol Cloridrato | Comprimido               | 150mg + 75mg + 400mg + 275mg   |                                                                                                                                                      | Tuberculose                   | Antimicobacteriano                 | J04AM06 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                      | CESAF                                  |
| 580  | Rifapentina                                                    | Comprimido               | 150mg                          |                                                                                                                                                      | Tuberculose                   | Antibiótico                        | J04AB05 | 0,11         | g             | Oral                   | sim                            | não                                | não identificado                  | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                      | CESAF                                  |
| 581  | Riluzol                                                        | Comprimido               | 50mg                           |                                                                                                                                                      | Esclerose Lateral Amiotrófica | Droga para dano ao sistema nervoso | N07XX02 | 0,1          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                            | CEAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica | Forma Farmacêutica                  | Concentração | Apresentação  | Doença                                                                                                                                     | Grupo Terapêutico                        | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAF    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                        | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|----------------------|-------------------------------------|--------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 582  | Risanquizumabe       | Solução injetável                   | 75mg/0,83mL  |               | Psoríase                                                                                                                                   | Inibidor da interleucina                 | L04AC18 | 1,67         | g             | Parenteral             | não                            | não                                | não identificado                  | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 583  | Risedronato sódico   | Comprimido                          | 35mg         |               | Osteoporose e Doença de Paget                                                                                                              | Tratamento de doenças ósseas             | M05BA07 | 5            | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 584  | Risperidona          | Solução oral (frasco com 30mL)      | 1mg/mL       | Frasco        | Comportamento Agressivo como Transtorno do Espectro do Autista - TEA                                                                       | Antipsicótico                            | N05AX08 | 5            | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 585  | Risperidona          | Comprimido                          | 1mg          |               | Esquizofrenia, Transtorno Esquizaofetivo, Transtorno Afetivo Bipolar, Comportamento Agressivo como Transtorno do Espectro do Autismo - TEA | Antipsicótico                            | N05AX08 | 5            | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 586  | Risdiplam            | Pó para solução oral                | 0,75 mg/mL   | Frasco 80mL   | Atrofia Muscular Espinhal Tipo I e II (Idade mínima: 2 meses; Idade máxima: 60 anos)                                                       | Droga para alteração músculo-esquelética | M09AX10 | 5            | mg            | Oral                   | sim                            | não                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Centro de referência habilitado                       | CEAF                                   |
| 587  | Risperidona          | Comprimido                          | 2mg          |               | Esquizofrenia, Transtorno Esquizaofetivo, Transtorno Afetivo Bipolar, Comportamento Agressivo como Transtorno do Espectro do Autismo - TEA | Antipsicótico                            | N05AX08 | 5            | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 588  | Ritonavir            | Comprimido                          | 100mg        |               | Infecção pelo HIV                                                                                                                          | Antiviral                                | J05AE03 | 1,2          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | UDM                                                   | CESAF                                  |
| 589  | Ritonavir            | Pó para suspensão oral              | 100mg        |               | Infecção pelo HIV                                                                                                                          | Antiviral                                | J05AE03 | 1,2          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | UDM                                                   | CESAF                                  |
| 590  | Rituximabe           | Solução injetável (frasco com 50mL) | 10mg/mL      | Frasco-ampola | Artrite Reumatoide                                                                                                                         | Antineoplásico                           | L01XC02 | não relatado | não relatado  | Parenteral             | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 591  | Rivastigmina         | Cápsula                             | 4,5mg        |               | Doença de Alzheimer                                                                                                                        | Antidemência                             | N06DA03 | 9            | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 592  | Rivastigmina         | Cápsula                             | 6mg          |               | Doença de Alzheimer                                                                                                                        | Antidemência                             | N06DA03 | 9            | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 593  | Rivastigmina         | Solução oral (frasco com 120mL)     | 2mg/mL       | Frasco        | Doença de Alzheimer                                                                                                                        | Antidemência                             | N06DA03 | 9            | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |
| 594  | Rivastigmina         | Adesivo transdérmico                | 9mg          |               | Doença de Alzheimer                                                                                                                        | Antidemência                             | N06DA03 | 9,5          | mg            | Tópico                 | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica                   | Forma Farmacêutica       | Concentração                                                                         | Apresentação           | Doença                                                                           | Grupo Terapêutico                         | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição                                                               | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|----------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 595  | Rivastigmina                           | Adesivo transdérmico     | 18mg                                                                                 |                        | Doença de Alzheimer                                                              | Antidemência                              | N06DA03 | 10,5         | mg            | Tópico                 | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                                         | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 596  | Romosozumabe                           | Solução injetável        | 90mg/mL                                                                              | Seringa-preenchida     | Osteoporose                                                                      | Tratamento de doenças ósseas              | M05BX06 | 7            | mg            | Parenteral             | Não                            | Não                                |                                   | 1A            | Ministério da Saúde                                                                         | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 597  | Sacarato de Hidróxido Férrico          | Solução injetável        | 20mg/mL                                                                              | Frasco                 | Anemia na Doença Renal Crônica                                                   | Antianêmico                               | B03AC   | 0,1          | g             | Parenteral             | Não                            | Sim                                | B                                 | 1B            | Estado                                                                                      | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 598  | Sacubitril Valsartana Sódica Hidratada | Comprimido               | 50mg                                                                                 |                        | Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida                             | Bloqueador do receptor da Angiotensina II | C09DX04 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Não                            | Não                                | D                                 | 1B            | Estado                                                                                      | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 599  | Sacubitril Valsartana Sódica Hidratada | Comprimido               | 100mg                                                                                |                        | Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida                             | Bloqueador do receptor da Angiotensina II | C09DX04 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Não                            | Não                                | D                                 | 1B            | Estado                                                                                      | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 600  | Sacubitril Valsartana Sódica Hidratada | Comprimido               | 200mg                                                                                |                        | Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida                             | Bloqueador do receptor da Angiotensina II | C09DX04 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Não                            | Não                                | D                                 | 1B            | Estado                                                                                      | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 601  | Sais para reidratação oral             | Pó para solução oral     | Cloreto de sódio, glicose anidra, cloreto de potássio, citrato de sódio di-hidratado | Sachê                  | Arboviroses (Dengue), Doença diarreica aguda, Cólera, Conforme indicação em bula | Solução eletrolítica                      | A07CA   | não relatado | não relatado  | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | A                                 | não se aplica | Ministério da Saúde, Estado (Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.240/2020 Arboviroses) e Municípios | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF e CESAF                           |
| 602  | Salbutamol Sulfato                     | Aerossol oral            | 100mcg/dose                                                                          | Dispositivo inalatório | Asma e Conforme indicação em bula                                                | Antiasmático                              | R03AC02 | 0,8          | mg            | Inalatório             | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                                                                                  | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 603  | Salbutamol Sulfato                     | Solução para nebulização | 5mg/mL                                                                               | Frasco                 | Asma e Conforme indicação em bula                                                | Antiasmático                              | R03AC02 | 10           | mg            | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                                                                                  | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 604  | Salmeterol + Fluticasona               | Aerossol oral            | 25+125mcg/dose                                                                       | Dispositivo inalatório | Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica                                               | Anti-inflamatório esteroideal inalatório  | R01AD58 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado (Resolução SES/MG Nº 8516/2022)                                                      | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 605  | Salmeterol + Fluticasona               | Aerossol oral            | 25+250mcg/dose                                                                       | Dispositivo inalatório | Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica                                               | Anti-inflamatório esteroideal inalatório  | R01AD58 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado (Resolução SES/MG Nº 8516/2022)                                                      | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica      | Forma Farmacêutica        | Concentração   | Apresentação           | Doença                                                              | Grupo Terapêutico                         | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição          | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|---------------------------|---------------------------|----------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 606  | Salmeterol + Fluticasona  | Aerossol oral             | 50+250mcg/dose | Dispositivo inalatório | Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica                                  | Anti-inflamatório esteroide inalatório    | R01AD58 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado (Resolução SES/MG Nº 8516/2022) | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 607  | Sapropterina Dicloridrato | Comprimido                | 100mg          |                        | Fenilcetonúria                                                      | Modificador do metabolismo                | A16AX07 | não relatado | não relatado  | Oral                   | sim                            | sim                                | B                                 | 1B            | Estado                                 | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF e CESAF                           |
| 608  | Secuquinumabe             | Pó para solução injetável | 150mg/mL       |                        | Artrite Psoriásica, Espondilite Ancilosante e Sacroileite, Psoríase | Imunossupressor                           | L04AC10 | 10           | mg            | Parenteral             | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde                    | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 609  | Sevelâmer Cloridrato      | Comprimido                | 800mg          |                        | Distúrbio Mineral e Ósseo na Doença Renal Crônica                   | Droga para hipercalemia e hiperfosfatemia | V03AE02 | 6,4          | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde                    | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 610  | Sildenafil Citrato        | Comprimido                | 20mg           |                        | Hipertensão Arterial Pulmonar                                       | Estimulante cardíaco                      | C01CE   | 50           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde                    | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 611  | Sildenafil Citrato        | Comprimido                | 25mg           |                        | Esclerose Sistêmica                                                 | Estimulante cardíaco                      | C01CE   | 50           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde                    | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 612  | Sildenafil Citrato        | Comprimido                | 50mg           |                        | Esclerose Sistêmica                                                 | Estimulante cardíaco                      | C01CE   | 50           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde                    | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 613  | Sinvastatina              | Comprimido                | 10mg           |                        | Dislipidemia e Conforme indicação em bula                           | Hipolipemiante                            | C10AA01 | 30           | mg            | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 614  | Sinvastatina              | Comprimido                | 20mg           |                        | Dislipidemia e Conforme indicação em bula                           | Hipolipemiante                            | C10AA01 | 30           | mg            | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 615  | Sinvastatina              | Comprimido                | 40mg           |                        | Dislipidemia e Conforme indicação em bula                           | Hipolipemiante                            | C10AA01 | 30           | mg            | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 616  | Sirolimo                  | Comprimido                | 1mg            |                        | Transplante Renal, Linfangioleiomiomatose                           | Imunossupressor                           | L04AA10 | 3            | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde                    | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 617  | Sirolimo                  | Comprimido                | 2mg            |                        | Transplante Renal, Linfangioleiomiomatose                           | Imunossupressor                           | L04AA10 | 3            | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde                    | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica          | Forma Farmacêutica                        | Concentração     | Apresentação  | Doença                                                                                                                                                            | Grupo Terapêutico    | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAF    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|-------------------------------|-------------------------------------------|------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 618  | Sofosbuvir                    | Comprimido                                | 400mg            |               | Hepatite Viral C                                                                                                                                                  | Antiviral            | J05AX15 | 0,4          | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | UDM                                                         | CESAF                                  |
| 619  | Sofosbuvir + Velpatasvir      | Comprimido                                | 400mg + 100mg    |               | Hepatite Viral C                                                                                                                                                  | Antiviral            | J05AP55 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | UDM                                                         | CESAF                                  |
| 620  | Somatropina                   | Pó para solução injetável (frasco-ampola) | 4UI              | Frasco-ampola | Deficiência do Hormônio do Crescimento -Adulto ou Deficiência do Hormônio de Crescimento - Criança (Hipopituitarismo), Síndrome de Turner                         | Hormônio hipofisário | H01AC01 | 2            | U             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 621  | Somatropina                   | Pó para solução injetável (frasco-ampola) | 12UI             | Frasco-ampola | Deficiência do Hormônio do Crescimento -Adulto ou Deficiência do Hormônio de Crescimento - Criança (Hipopituitarismo), Síndrome de Turner                         | Hormônio hipofisário | H01AC01 | 2            | U             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 622  | Sulfadiazina                  | Comprimido                                | 500mg            |               | Toxoplasmose                                                                                                                                                      | Antibacteriano       | J01EC02 | 0,6          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B/D                               | não se aplica | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CESAF                                  |
| 623  | Sulfadiazina de prata         | Creme                                     | 10mg/g (1%)      | Bisnaga       | Conforme indicação em bula                                                                                                                                        | Antibacteriano       | D06BA01 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | B/D                               | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 624  | Sulfametoxazol + Trimetoprima | Suspensão oral                            | 40mg/mL + 8mg/mL | Frasco        | Conforme indicação em bula                                                                                                                                        | Antibacteriano       | J01EE01 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 625  | Sulfametoxazol + Trimetoprima | Comprimido                                | 400mg + 80mg     |               | Cólera, Coqueluche, Febre Tifoide, Conforme indicação em bula                                                                                                     | Antibacteriano       | J01EE01 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 626  | Sulfassalazina                | Comprimido                                | 500mg            |               | Artrite Psorásica, Artrite Reativa, Artrite Reumatoide, Artrite Idiopática Juvenil, Espondilite Ancilosante e Sacroileite, Retocolite Ulcerativa, Doença de Crohn | Anti-inflamatório    | A07EC01 | 2            | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | B/D                               | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 627  | Sulfato ferroso               | Xarope                                    | 5mg/mL           | Frasco        | Anemia por Deficiência de Ferro, Anemia na Doença Renal Crônica, Conforme indicação em bula                                                                       | Antianêmico          | B03AA07 | 0,2          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | A                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 628  | Sulfato ferroso               | Solução oral                              | 25mg/mL          | Frasco        | Anemia por Deficiência de Ferro, Anemia na Doença Renal Crônica, Leiomioma da útero, Conforme indicação em bula                                                   | Antianêmico          | B03AA07 | 0,2          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | A                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 629  | Sulfato ferroso               | Comprimido                                | 40mg             |               | Anemia por Deficiência de Ferro, Anemia na Doença Renal Crônica, Leiomioma da útero, Conforme indicação em bula                                                   | Antianêmico          | B03AA07 | 0,2          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | A                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica                                    | Forma Farmacêutica   | Concentração         | Apresentação | Doença                                                                                                                                                                                                                                                     | Grupo Terapêutico                  | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição                                                                     | Onde encontrar                                                   | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|---------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 630  | Tacrolimo                                               | Cápsula              | 1mg                  |              | Síndrome Nefrótica, Transplante Hepático, Transplante Renal, Transplante de Coração e/ou Pulmão, Transplante de Medula Óssea                                                                                                                               | Imunossupressor                    | L04AD02 | 5            | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | A                                 | 1A/2          | Ministério da Saúde e Estado (Resolução SES/MG Nº Nº 2.220/2010 e Resolução SES/MG Nº 3.095/2012) | Farmácia Regional Estadual de referência do município            | CEAF                                   |
| 631  | Tacrolimo                                               | Cápsula              | 5mg                  |              | Síndrome Nefrótica, Transplante Hepático, Transplante Renal, Transplante de Coração e/ou Pulmão, Transplante de Medula Óssea                                                                                                                               | Imunossupressor                    | L04AD02 | 5            | mg            | Oral                   | Sim                            | Sim                                | A                                 | 1A/2          | Ministério da Saúde e Estado (Resolução SES/MG Nº Nº 2.220/2010 e Resolução SES/MG Nº 3.095/2012) | Farmácia Regional Estadual de referência do município            | CEAF                                   |
| 632  | Tafamidis                                               | Cápsula              | 20mg                 |              | Polineuropatia Amiloidótica Familiar                                                                                                                                                                                                                       | Droga para dano ao sistema nervoso | N07XX08 | 20           | mg            | Oral                   | sim                            | não                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                                               | Farmácia Regional Estadual de referência do município            | CEAF                                   |
| 633  | Talidomida                                              | Comprimido           | 100mg                |              | Doença do Enxerto contra hospedeiro; Hanseníase; Lúpus Eritematoso sistêmico; Lúpus Eritematoso discóide, Lúpus Eritematoso cutâneo subagudo; Mieloma múltiplo; Síndrome Mielodisplásica; Úlceras aftoides idiopáticas em pacientes portadores de HIV/aids | Imunossupressor                    | L04AX02 | 0,1          | g             | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                                               | Unidades Públicas Dispensadoras de Talidomida (UPDT) Credenciada | CESAF                                  |
| 634  | Teclozana                                               | Comprimido           | 500mg                |              | Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                                                                 | Antiparasitário                    | P01AC04 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                                                                                        | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais      | CBAF                                   |
| 635  | Teclozana                                               | Suspensão oral       | 10mg/mL              | Frasco       | Conforme indicação em bula                                                                                                                                                                                                                                 | Antiparasitário                    | P01AC04 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                                                                                        | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais      | CBAF                                   |
| 636  | Tenofovir alafenamida                                   | Comprimido revestido | 25mg                 |              | Hepatite viral B                                                                                                                                                                                                                                           | Antiviral                          | J05AF13 | 25           | mg            | Oral                   | não                            | Não                                | não identificado                  | não se aplica | Ministério da Saúde                                                                               | UDM                                                              | CESAF                                  |
| 637  | Tenofovir Desoproxila Fumarato                          | Comprimido           | 300mg                |              | Hepatite Viral B e Infecção pelo HIV                                                                                                                                                                                                                       | Antiviral                          | J05AF07 | 0,245        | g             | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                                               | UDM                                                              | CESAF                                  |
| 638  | Tenofovir Desoproxila Fumarato + Entricitabina          | Comprimido           | 300mg + 200mg        |              | Profilaxia pré exposição HIV                                                                                                                                                                                                                               | Antiviral                          | J05AR03 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                                               | UDM                                                              | CESAF                                  |
| 639  | Tenofovir Desoproxila Fumarato + Lamivudina             | Comprimido           | 300mg + 300mg        |              | Infecção pelo HIV                                                                                                                                                                                                                                          | Antiviral                          | J05AR12 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Não                            | Sim                                | B                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                                               | UDM                                                              | CESAF                                  |
| 640  | Tenofovir Desoproxila Fumarato + Lamivudina + Efavirenz | Comprimido           | 300mg + 300mg+ 600mg |              | Infecção pelo HIV                                                                                                                                                                                                                                          | Antiviral                          | J05AR11 | não relatado | não relatado  | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                                                                               | UDM                                                              | CESAF                                  |
| 641  | Teriflunomida                                           | Comprimido           | 14mg                 |              | Esclerose Múltipla                                                                                                                                                                                                                                         | Imunossupressor                    | L04AA31 | 14           | mg            | Oral                   | Não                            | Não                                | X                                 | 1A            | Ministério da Saúde                                                                               | Farmácia Regional Estadual de referência do município            | CEAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica    | Forma Farmacêutica                 | Concentração     | Apresentação           | Doença                                          | Grupo Terapêutico                        | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAF    | Responsabilidade de Aquisição          | Onde encontrar                                                                                    | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|-------------------------|------------------------------------|------------------|------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 642  | Terizidona              | Cápsula                            | 250mg            |                        | Tuberculose                                     | Antimicobacteriano                       | J04AK03 | não relatado | não relatado  | Oral                   | não                            | não                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                    | Centro de referência em tuberculose                                                               | CESAF                                  |
| 643  | Tetraciclina Cloridrato | Pomada oftálmica                   | 10mg/g(1%)       | Bisnaga                | Conforme indicação em bula                      | Oftalmológico                            | S01AA09 | não relatado | não relatado  | Ocular                 | Sim                            | Não                                | X                                 | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                       | CBAF                                   |
| 644  | Tetraciclina Cloridrato | Cápsula                            | 500mg            |                        | Conforme indicação em bula                      | Antibacteriano                           | J01AA07 | 1            | g             | Oral                   | não                            | não                                | X                                 | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                       | CBAF                                   |
| 645  | Tiamazol                | Comprimido                         | 10mg             |                        | Hipertireoidismo em crianças e adolescentes     | Antitireoideanos                         | H03BB02 | 10           | mg            | Oral                   | Sim                            | não                                | não identificado                  | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                       | CBAF                                   |
| 646  | Tiamazol                | Comprimido                         | 5mg              |                        | Hipertireoidismo em crianças e adolescentes     | Antitireoideanos                         | H03BB03 | 11           | mg            | Oral                   | Sim                            | não                                | não identificado                  | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                       | CBAF                                   |
| 647  | Tiamina Cloridrato      | Comprimido                         | 300mg            |                        | Conforme indicação em bula                      | Suplemento vitamínico                    | A11DA01 | 50           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                       | CBAF                                   |
| 648  | Timolol Maleato         | Solução oftálmica                  | 2,5mg/mL (0,25%) | Frasco                 | Glaucoma e Conforme indicação em bula           | Oftalmológico                            | S01ED01 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | C/D                               | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais                                       | CBAF                                   |
| 649  | Timolol Maleato         | Solução oftálmica (frasco com 5mL) | 5mg/mL (0,5%)    | Frasco                 | Glaucoma e Conforme indicação em bula           | Oftalmológico                            | S01ED01 | não relatado | não relatado  | Tópico                 | Sim                            | Sim                                | C/D                               | não se aplica | Municípios e CRO-SUS                   | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais/Centros de referência em oftalmologia | CBAF                                   |
| 650  | Tiotrópio               | Solução para inalação              | 2,5mcg/dose      | Dispositivo inalatório | Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica              | Antiasmático                             | R03BB04 | 5            | mcg           | Inalatório             | Não                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado (Resolução SES/MG Nº 8516/2022) | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                             | CEAF                                   |
| 651  | Tiotrópio + Olodaterol  | Solução para inalação oral         | 2,5mcg + 2,5mcg  | Dispositivo inalatório | Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica              | Associação Adrenérgico e Anticolinérgico | R03AL06 | não relatado | —             | Inalatório             | Não                            | não                                | C                                 | 1B            | Estado                                 | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                             | CEAF                                   |
| 652  | Tobramicina             | Solução inalatória                 | 300mg            |                        | Fibrose Cística                                 | Antibacteriano                           | J01GB01 | 0,3          | g             | Inalatório             | sim                            | não                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde                    | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                             | CEAF                                   |
| 653  | Tocilizumabe            | Solução injetável (frasco com 4mL) | 20mg/mL          | Frasco-ampola          | Artrite Reumatoide e Artrite Idiopática Juvenil | Imunossupressor                          | L04AC07 | 20           | mg            | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde                    | Farmácia Regional Estadual de referência do município                                             | CEAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica     | Forma Farmacêutica                   | Concentração | Apresentação  | Doença                                                         | Grupo Terapêutico          | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAF    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                        | Componente da Assistência Farmacêutica                                                                     |
|------|--------------------------|--------------------------------------|--------------|---------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 654  | Tofacitinibe             | Comprimido                           | 5mg          |               | Artrite Reumatoide e Artrite psoriásica, Retocolite Ulcerativa | Imunossupressor            | L04AA29 | 10           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                                                                                       |
| 655  | Topiramato               | Comprimido                           | 25mg         |               | Epilepsia                                                      | Antiepiléptico             | N03AX11 | 0,3          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                                                                                       |
| 656  | Topiramato               | Comprimido                           | 50mg         |               | Epilepsia                                                      | Antiepiléptico             | N03AX11 | 0,3          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                                                                                       |
| 657  | Topiramato               | Comprimido                           | 100mg        |               | Epilepsia                                                      | Antiepiléptico             | N03AX11 | 0,3          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | 2             | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                                                                                       |
| 658  | Toxina botulínica A      | Pó para solução injetável            | 100U         | Frasco-ampola | Distonias e Espasmo Hemifacial, Espasticidade                  | Relaxante muscular         | M03AX01 | não relatado | não relatado  | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                                                                                       |
| 659  | Toxina botulínica A      | Pó para solução injetável            | 500U         | Frasco-ampola | Distonias e Espasmo Hemifacial, Espasticidade                  | Relaxante muscular         | M03AX01 | não relatado | não relatado  | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                                                                                       |
| 660  | Travoprostá              | Solução oftálmica (frasco com 2,5mL) | 0,04mg/mL    | Frasco        | Glaucoma                                                       | Oftalmológico              | S01EE04 | não relatado | não relatado  | Tópico ocular          | não                            | não                                | C                                 | não se aplica | Municípios e CRO-SUS          | Centros de referência em oftalmologia                 | Não se aplica. Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (Portaria MS/GM nº 957, de 15 de maio de 2008) |
| 661  | Trientina                | Cápsula                              | 250mg        |               | Doença de Wilson                                               | Modificador do metabolismo | A16AX12 | não relatado | não relatado  | Oral                   | sim                            | não                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                                                                                       |
| 662  | Triexifenidil Cloridrato | Comprimido                           | 5mg          |               | Doença de Parkinson                                            | Antiparkinsoniano          | N04AA01 | 10           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                                                                                       |
| 663  | Triptorelina             | Pó para suspensão injetável          | 3,75mg       | Frasco-ampola | Endometriose, Puberdade Precoce                                | Hormônio                   | L02AE04 | 0,1          | mg            | Parenteral             | sim                            | não                                | X                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                                                                                       |
| 664  | Triptorelina             | Pó para suspensão injetável          | 11,25mg      | Frasco-ampola | Endometriose, Puberdade Precoce                                | Hormônio                   | L02AE04 | 0,1          | mg            | Parenteral             | sim                            | não                                | X                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                                                                                       |
| 665  | Triptorelina             | Pó para suspensão injetável          | 22,5mg       | Frasco-ampola | Puberdade Precoce                                              | Hormônio                   | L02AE04 | 0,1          | mg            | Parenteral             | sim                            | não                                | X                                 | 1B            | Estado                        | Farmácia Regional Estadual de referência do município | CEAF                                                                                                       |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica     | Forma Farmacêutica                           | Concentração    | Apresentação                      | Doença                                                                | Grupo Terapêutico                         | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAf    | Responsabilidade de Aquisição          | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|--------------------------|----------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 666  | Umeclidínio              | Pó inalante                                  | 62,5mcg         | Dispositivo inalatório            | Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica                                    | Anti-colinérgico                          | R03AL03 | não relatado | -             | Inalatório             | Não                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Estado (Resolução SES/MG Nº 8516/2022) | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 667  | Umeclidínio + Vilanterol | Pó inalante                                  | 62,5mcg + 25mcg | Dispositivo inalatório            | Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica                                    | Associação Adrenérgico e Anti-colinérgico | R03AL03 | não relatado | -             | Inalatório             | Não                            | Sim                                | C                                 | 1B            | Estado                                 | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 668  | Upadacitinibe            | Comprimido revestido de liberação prolongada | 15mg            |                                   | Artrite reumatoide                                                    | Imunossupressor                           | L04AA44 | 15           | mg            | Oral                   | Não                            | Não                                | não identificado                  | 1A            | Ministério da Saúde                    | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 669  | Ustequinumabe            | Solução injetável                            | 45mg            | seringa-preenchida                | Psoríase                                                              | Imunossupressor                           | L04AC05 | 0,54         | mg            | Parenteral             | não                            | não                                | B/C                               | 1A            | Ministério da Saúde                    | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 670  | Varfarina sódica         | Comprimido                                   | 1mg             |                                   | Conforme indicação em bula                                            | Antitrombótico                            | B01AA03 | 7,5          | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 671  | Varfarina sódica         | Comprimido                                   | 5mg             |                                   | Conforme indicação em bula                                            | Antitrombótico                            | B01AA03 | 7,5          | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | D                                 | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 672  | Vedolizumabe             | Pó para solução injetável                    | 300mg           | Frasco                            | Retocolite ulcerativa                                                 | Imunossupressor                           | L04AA33 | 5,4          | mg            | Parenteral             | não                            | não                                | B                                 | 1A            | Ministério da Saúde                    | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 673  | Verapamil Cloridrato     | Comprimido                                   | 80mg            |                                   | Conforme indicação em bula                                            | Antianginoso e vasodilatador              | C08DA01 | 0,24         | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 674  | Verapamil Cloridrato     | Comprimido                                   | 120mg           |                                   | Conforme indicação em bula                                            | Antianginoso e vasodilatador              | C08DA01 | 0,24         | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                             | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 675  | Vigabatrina              | Comprimido                                   | 500mg           |                                   | Epilepsia                                                             | Antiepiléptico                            | N03AG04 | 2            | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | D                                 | 2             | Estado                                 | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 676  | Zanamivir                | Pó para inalação oral                        | 5mg             | Blister de alumínio com aplicador | Influenza A H1N1                                                      | Antiviral                                 | J05AH01 | 20           | mg            | Inalatório             | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CESAF                                  |
| 677  | Zidovudina               | Cápsula                                      | 100mg           |                                   | Infecção pelo HIV, Leucemia/ Linfoma de células T associado ao HTLV-2 | Antiviral                                 | J05AF01 | 0,6          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde                    | UDM                                                         | CESAF                                  |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Item | Denominação Genérica    | Forma Farmacêutica    | Concentração  | Apresentação  | Doença                                                                | Grupo Terapêutico             | ATC     | DDD          | Unidade (DDD) | Forma de administração | Indicação pediátrica (sim/não) | Indicação para gestantes (sim/não) | Classificação de risco (gestante) | Grupo CEAF    | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|-------------------------|-----------------------|---------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------|--------------|---------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 678  | Zidovudina              | Solução injetável     | 10mg/mL       | Frasco-ampola | Infecção pelo HIV, Leucemia/ Linfoma de células T associado ao HTLV-2 | Antiviral                     | J05AF01 | 0,6          | g             | Parenteral             | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | UDM                                                         | CESAF                                  |
| 679  | Zidovudina              | Solução oral          | 10mg/mL       | Frasco        | Infecção pelo HIV, Leucemia/ Linfoma de células T associado ao HTLV-1 | Antiviral                     | J05AF01 | 0,6          | g             | Oral                   | Sim                            | Sim                                | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | UDM                                                         | CESAF                                  |
| 680  | Zidovudina + Lamivudina | Comprimido            | 300mg + 150mg |               | Infecção pelo HIV                                                     | Antiviral                     | J05AR01 | não relatado | não relatado  | Oral                   | sim (acima 14Kg)               | sim com acompanhamento             | C                                 | não se aplica | Ministério da Saúde           | UDM                                                         | CESAF                                  |
| 681  | Zinco Sulfato           | Comprimido mastigável | 10mg          |               | Doença de Wilson, Conforme indicação em bula                          | Suplemento vitamínico mineral | A12CB01 | 0,6          | g             | Oral                   | sim                            | sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 682  | Zinco Sulfato           | Xarope                | 4mg/mL        |               | Doença de Wilson, Conforme indicação em bula                          | Suplemento vitamínico mineral | A12CB01 | 0,6          | g             | Oral                   | sim                            | sim                                | C                                 | não se aplica | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 683  | Ziprasidona Cloridrato  | Cápsula               | 40mg          |               | Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo                              | Antipsicótico                 | N05AE04 | 80           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |
| 684  | Ziprasidona Cloridrato  | Cápsula               | 80mg          |               | Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo                              | Antipsicótico                 | N05AE04 | 80           | mg            | Oral                   | Não                            | Sim                                | C                                 | 1A            | Ministério da Saúde           | Farmácia Regional Estadual de referência do município       | CEAF                                   |

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

**Relação de Fitoterápicos**

| Item | Denominação Genérica                             | Forma Farmacêutica | Concentração                                                                                  | ATC         | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|--------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 1    | Alcachofra ( <i>Cynara scolymus</i> L.)          | Cápsula            | 24mg a 48mg de derivados de ácido cafeoilquínico expressos em ácido clorogênico (dose diária) | HC10AW 5006 | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 2    | Alcachofra ( <i>Cynara scolymus</i> L.)          | Comprimido         | 24mg a 48mg de derivados de ácido cafeoilquínico expressos em ácido clorogênico (dose diária) | HC10AW 5006 | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 3    | Alcachofra ( <i>Cynara scolymus</i> L.)          | Solução oral       | 24mg a 48mg de derivados de ácido cafeoilquínico expressos em ácido clorogênico (dose diária) | HC10AW 5006 | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 4    | Alcachofra ( <i>Cynara scolymus</i> L.)          | Tintura            | 24mg a 48mg de derivados de ácido cafeoilquínico expressos em ácido clorogênico (dose diária) | HC10AW 5006 | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 5    | Aroeira ( <i>Schinus terebinthifolia</i> Raddi ) | Gel vaginal        | 1,932mg de ácido gálico (dose diária)                                                         | não consta  | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 6    | Aroeira ( <i>Schinus terebinthifolia</i> Raddi ) | Óvulo vaginal      | 1,932mg de ácido gálico (dose diária)                                                         | não consta  | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 7    | Babosa [ <i>Aloe vera</i> (L.)Burm. F. ]         | Creme              | 10-70% gel fresco                                                                             | HD02WA 5001 | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 8    | Babosa [ <i>Aloe vera</i> (L.)Burm. F. ]         | Gel                | 10-70% gel fresco                                                                             | HD02WA 5001 | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 9    | Cáscara-sagrada ( <i>Rhamnus purshiana</i> DC.)  | Cápsula            | 20mg a 30mg de derivados hidroxiantracênicos expressos em cascarosídeo A (dose diária)        | HA06AB 5014 | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

**Relação de Fitoterápicos**

| Item | Denominação Genérica                                             | Forma Farmacêutica                | Concentração                                                                                            | ATC         | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 10   | Cáscara-sagrada ( <i>Rhamnus purshiana</i> DC.)                  | Tintura                           | 20mg a 30mg de derivados hidroxiantracênicos expressos em cascarosídeo A (dose diária)                  | HA06AB 5014 | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 11   | Espinheira-santa ( <i>Maytenus ilicifolia</i> Mart. Ex Reissek)  | Cápsula                           | 60mg a 90mg de taninos totais expressos em pirogalol (dose diária)                                      | não consta  | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 12   | Espinheira-santa ( <i>Maytenus ilicifolia</i> Mart. Ex Reissek)  | Tintura                           | 60mg a 90mg de taninos totais expressos em pirogalol (dose diária)                                      | não consta  | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 13   | Espinheira-santa ( <i>Maytenus ilicifolia</i> Mart. Ex Reissek)  | Suspensão oral                    | 60mg a 90mg de taninos totais expressos em pirogalol (dose diária)                                      | não consta  | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 14   | Espinheira-santa ( <i>Maytenus ilicifolia</i> Mart. Ex Reissek)  | Emulsão oral                      | 60mg a 90mg de taninos totais expressos em pirogalol (dose diária)                                      | não consta  | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 15   | Garra-do-diabo ( <i>Harpagophytum procumbens</i> DC. ex Meissn.) | Cápsula                           | 30mg a 100mg de harpagosídeo ou 45 a 150mg de iridoides totais expressos em harpagosídeos (dose diária) | HM01AW 5009 | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 16   | Garra-do-diabo ( <i>Harpagophytum procumbens</i> DC. ex Meissn.) | Comprimido                        | 30mg a 100mg de harpagosídeo ou 45 a 150mg de iridoides totais expressos em harpagosídeos (dose diária) | HM01AW 5009 | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 17   | Garra-do-diabo ( <i>Harpagophytum procumbens</i> DC. ex Meissn.) | Comprimido de liberação retardada | 30mg a 100mg de harpagosídeo ou 45 a 150mg de iridoides totais expressos em harpagosídeos (dose diária) | HM01AW 5009 | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 18   | Guaco ( <i>Mikania glomerata</i> Spreng.)                        | Tintura                           | 0,5mg a 5mg de cumarina (dose diária)                                                                   | não consta  | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

**Relação de Fitoterápicos**

| Item | Denominação Genérica                                | Forma Farmacêutica     | Concentração                                               | ATC        | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|-----------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 19   | Guaco ( <i>Mikania glomerata</i> Spreng.)           | Xarope                 | 0,5mg a 5mg de cumarina (dose diária)                      | não consta | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 20   | Guaco ( <i>Mikania glomerata</i> Spreng.)           | Solução oral           | 0,5mg a 5mg de cumarina (dose diária)                      | não consta | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 21   | Hortelã ( <i>Mentha x piperita</i> L.)              | Cápsula                | 60 a 440mg de mentol e 28 a 256mg de mentona (dose diária) | HA03AW5039 | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 22   | Isoflanona-de-soja [ <i>Glycine max</i> (L.) Merr.] | Cápsula                | 50mg a 120mg de isoflavonas (dose diária)                  | não consta | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 23   | Isoflanona-de-soja [ <i>Glycine max</i> (L.) Merr.] | Comprimido             | 50mg a 120mg de isoflavonas (dose diária)                  | não consta | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 24   | Plantago ( <i>Plantago ovata</i> Forssk.)           | Pó para dispersão oral | 3g a 30g (dose diária)                                     | HA06AC9001 | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 25   | Salgueiro ( <i>Salix alba</i> L.)                   | Comprimido             | 60mg a 240mg de salicina (dose diária)                     | HN02BA5008 | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 26   | Salgueiro ( <i>Salix alba</i> L.)                   | Elixir                 | 60mg a 240mg de salicina (dose diária)                     | HN02BA5008 | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |
| 27   | Salgueiro ( <i>Salix alba</i> L.)                   | Solução oral           | 60mg a 240mg de salicina (dose diária)                     | HN02BA5008 | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                   |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

**Relação de Fitoterápicos**

| Item | Denominação Genérica                                                  | Forma Farmacêutica | Concentração                                     | ATC           | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                                       | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------|---------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 28   | Unha-de-gato<br>[Uncaria tomentosa<br>(Willd. ex Roem. &<br>Schult.)] | Cápsula            | 0,9mg de alcaloides<br>oxindólicos pentaclílicos | não<br>consta | Municípios                    | Farmácias Públicas<br>municipais/<br>Unidades de<br>Saúde municipais | CBAF                                   |
| 29   | Unha-de-gato<br>[Uncaria tomentosa<br>(Willd. ex Roem. &<br>Schult.)] | Comprimido         | 0,9mg de alcaloides<br>oxindólicos pentaclílicos | não<br>consta | Municípios                    | Farmácias Públicas<br>municipais/<br>Unidades de<br>Saúde municipais | CBAF                                   |
| 30   | Unha-de-gato<br>[Uncaria tomentosa<br>(Willd. ex Roem. &<br>Schult.)] | Gel                | 0,9mg de alcaloides<br>oxindólicos pentaclílicos | não<br>consta | Municípios                    | Farmácias Públicas<br>municipais/<br>Unidades de<br>Saúde municipais | CBAF                                   |

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

## Relação de Insumos

| Item | Descrição                                                          | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                              | Componente da Assistência Farmacêutica                                                                     |
|------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | Água para injetáveis                                               | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                                                                                       |
| 2    | Agulha para caneta aplicadora de insulina                          | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                                                                                       |
| 3    | Álcool etílico 70% gel ou solução                                  | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                                                                                       |
| 4    | Cânula para aplicação de polimetilmetacrilato                      | Estado                        | UDM                                                         | CESAF (Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.413/2016 e Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.596/2017 - Infecção Oportunista) |
| 5    | Caneta para aplicação de insulina                                  | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                                                                                       |
| 6    | Carvão vegetal ativado pó oral                                     | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                                                                                       |
| 7    | Clorexidina 0,12%                                                  | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                                                                                       |
| 8    | Clorexidina 2% a 4%                                                | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                                                                                       |
| 9    | Diafragma                                                          | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                                                                                       |
| 10   | Dispositivo intrauterino                                           | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais | CBAF                                                                                                       |
| 11   | Dispositivo intravenoso para acesso periférico (diversos tamanhos) | Estado                        | Unidades de Saúde municipais (atendimento dengue)           | CESAF (Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.240/2020 Arboviroses)                                                   |

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

## Relação de Insumos

| Item | Descrição                                               | Responsabilidade de Aquisição | Onde encontrar                                                            | Componente da Assistência Farmacêutica                      |
|------|---------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 12   | Equipo para administração de soluções parenterais       | Estado                        | Unidades de Saúde municipais (atendimento dengue)                         | CESAF<br>(Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.240/2020 Arboviroses) |
| 13   | Glutaral solução 2%                                     | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais               | CBAF                                                        |
| 14   | Hipoclorito de sódio 1%                                 | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais               | CBAF                                                        |
| 15   | Hipoclorito de sódio 2,5%                               | Ministério da Saúde           | Unidades de Saúde municipais/ Unidades municipais de Vigilância Ambiental | CESAF                                                       |
| 16   | Iodo + iodeto de potássio 20mg/mL + 40mg/mL             | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais               | CBAF                                                        |
| 17   | Lancetas de punção digital                              | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais               | CBAF                                                        |
| 18   | Preservativo feminino                                   | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais               | CESAF                                                       |
| 19   | Preservativo masculino                                  | Ministério da Saúde           | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais               | CESAF                                                       |
| 20   | Seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais               | CBAF                                                        |
| 21   | Tiras reagentes de medida de glicemia capilar           | Municípios                    | Farmácias Públicas municipais/ Unidades de Saúde municipais               | CBAF                                                        |

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

| <b>Relação de Medicamentos Hospitalares</b> |                                                                                    |                                                  |                     |                                            |                     |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------|---------------------|
| <b>Item</b>                                 | <b>Denominação Genérica</b>                                                        | <b>Forma Farmacêutica</b>                        | <b>Concentração</b> | <b>Grupo Terapêutico</b>                   | <b>ATC</b>          |
| 1                                           | Abciximabe                                                                         | Solução injetável                                | 2mg/mL              | Antitrombótico                             | B01AC13             |
| 2                                           | Albumina humana                                                                    | Solução injetável                                | 0,2g/mL (20%)       | Derivado do sangue                         | B05AA01             |
| 3                                           | Alfaporactano (surfactante pulmonar)                                               | Suspensão injetável intratecal ou intrabrônquica | 80mg/mL             | Surfactante pulmonar                       | R07AA               |
| 4                                           | Alteplase                                                                          | Pó para solução injetável                        | 10mg                | Antitrombótico                             | B01AD02             |
| 5                                           | Alteplase                                                                          | Pó para solução injetável                        | 20mg                | Antitrombótico                             | B01AD02             |
| 6                                           | Alteplase                                                                          | Pó para solução injetável                        | 50mg                | Antitrombótico                             | B01AD02             |
| 7                                           | Basiliximabe                                                                       | Pó para solução injetável                        | 20mg                | Imunossupressor                            | L04AC02             |
| 8                                           | Beractanto (surfactante pulmonar)                                                  | Solução injetável intratecal ou intrabrônquica   | 25mg/mL             | Surfactante pulmonar                       | R07AA               |
| 9                                           | Cabergolina                                                                        | Comprimido                                       | 0,5mg               | Inibidor da prolactina / Antiparkinsoniano | G02CB03/<br>N04BC07 |
| 10                                          | Ciclosporina                                                                       | Cápsula mole                                     | 10mg                | Imunossupressor                            | L04AD01             |
| 11                                          | Ciclosporina                                                                       | Cápsula mole                                     | 25mg                | Imunossupressor                            | L04AD01             |
| 12                                          | Ciclosporina                                                                       | Cápsula mole                                     | 50mg                | Imunossupressor                            | L04AD01             |
| 13                                          | Ciclosporina                                                                       | Cápsula mole                                     | 100mg               | Imunossupressor                            | L04AD01             |
| 14                                          | Ciclosporina                                                                       | Solução injetável                                | 50mg                | Imunossupressor                            | L04AD01             |
| 15                                          | Ciclosporina                                                                       | Solução oral (frasco com 50mL)                   | 100mg/mL            | Imunossupressor                            | L04AD01             |
| 16                                          | Clopidogrel                                                                        | Comprimido                                       | 75mg                | Antitrombótico                             | B01AC04             |
| 17                                          | Cloridrato de tirofibana                                                           | Solução injetável                                | 0,25mg/mL           | Antitrombótico                             | B01AC17             |
| 18                                          | Complexo protrombínico humano (fatores de coagulação II, VII, IX, X em combinação) | Pó para solução injetável                        | 600UI               | Antihemorrágico                            | B02BD01             |
| 19                                          | Daclizumabe                                                                        | Solução injetável                                | 5mg/mL              | Imunossupressor                            | L04AC01             |
| 20                                          | Estreptoquinase                                                                    | Pó para solução injetável                        | 250.000UI           | Antitrombótico                             | B01AD01             |
| 21                                          | Everolimo                                                                          | Comprimido                                       | 0,5mg               | Imunossupressor                            | L04AA18             |
| 22                                          | Everolimo                                                                          | Comprimido                                       | 0,75mg              | Imunossupressor                            | L04AA18             |
| 23                                          | Everolimo                                                                          | Comprimido                                       | 1mg                 | Imunossupressor                            | L04AA18             |
| 24                                          | Imunoglobulina anti-Rho (D)                                                        | Solução injetável                                |                     | Imunoglobulina                             | J06BB01             |
| 25                                          | Imunoglobulina antitímócitos humanos (coelho)                                      | Pó para solução injetável                        | 25mg                | Imunossupressor                            | L04AA04             |
| 26                                          | Imunoglobulina humana                                                              | Pó para solução injetável                        | 1g                  | Imunoglobulina                             | J06BA02             |
| 27                                          | Imunoglobulina humana                                                              | Solução injetável                                | 1g                  | Imunoglobulina                             | J06BA02             |
| 28                                          | Imunoglobulina humana anti-hepatite B                                              | Solução injetável                                | 500UI               | Imunoglobulina                             | J06BB04             |
| 29                                          | Metilprednisolona                                                                  | Pó para solução injetável                        | 500mg               | Anti-inflamatório esteroideal sistêmico    | H02AB04             |
| 30                                          | Micofenolato de mofetila                                                           | Comprimido                                       | 500mg               | Imunossupressor                            | L04AA               |
| 31                                          | Micofenolato de sódio                                                              | Comprimido                                       | 180mg               | Imunossupressor                            | L04AA               |
| 32                                          | Micofenolato de sódio                                                              | Comprimido                                       | 360mg               | Imunossupressor                            | L04AA               |
| 33                                          | Sirolimo                                                                           | Solução oral                                     | 1mg/mL              | Imunossupressor                            | L04AA10             |
| 34                                          | Sirolimo                                                                           | Comprimido                                       | 1mg                 | Imunossupressor                            | L04AA10             |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

**Relação de Medicamentos Hospitalares**

| Item | Denominação Genérica | Forma Farmacêutica        | Concentração | Grupo Terapêutico | ATC     |
|------|----------------------|---------------------------|--------------|-------------------|---------|
| 35   | Sirolimo             | Comprimido                | 2mg          | Imunossupressor   | L04AA10 |
| 36   | Tacrolimo            | Solução injetável         | 5mg/mL       | Imunossupressor   | L04AD02 |
| 37   | Tacrolimo            | Cápsula                   | 1mg          | Imunossupressor   | L04AD02 |
| 38   | Tacrolimo            | Cápsula                   | 5mg          | Imunossupressor   | L04AD02 |
| 39   | Tenecteplase         | Pó para solução injetável | 30mg         | Antitrombótico    | B01AD11 |
| 40   | Tenecteplase         | Pó para solução injetável | 40mg         | Antitrombótico    | B01AD11 |
| 41   | Tenecteplase         | Pó para solução injetável | 50mg         | Antitrombótico    | B01AD11 |

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

**Relação de Hemoderivados**

| Item | Denominação Genérica                        | Forma Farmacêutica        | Concentração | Doença        | Grupo Terapêutico    | ATC     | Onde encontrar           | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|---------------------------------------------|---------------------------|--------------|---------------|----------------------|---------|--------------------------|----------------------------------------|
| 1    | Ácido Tranexâmico                           | Comprimido                | 250mg        | Coagulopatias | Antihemorrágico      | B02AA02 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 2    | Complexo protrombínico humano               | Pó para solução injetável | 500UI        | Coagulopatias | Antihemorrágico      | B02BD01 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 3    | Complexo protrombínico humano               | Pó para solução injetável | 600UI        | Coagulopatias | Antihemorrágico      | B02BD02 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 4    | Complexo protrombínico parcialmente ativado | Pó para solução injetável | 500UI        | Coagulopatias | Antihemorrágico      | B02BD03 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 5    | Complexo protrombínico parcialmente ativado | Pó para solução injetável | 1.000UI      | Coagulopatias | Antihemorrágico      | B02BD03 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 6    | Complexo protrombínico parcialmente ativado | Pó para solução injetável | 2.500UI      | Coagulopatias | Antihemorrágico      | B02BD03 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 7    | Desmopressina                               | solução injetável         | 4 mcg/mL     | Coagulopatias | Hormônio hipofisário | H01BA02 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 8    | Desmopressina                               | solução injetável         | 15 mcg/mL    | Coagulopatias | Hormônio hipofisário | H01BA03 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 9    | Emicizumabe                                 | solução injetável         | 60mg/0,4 mL  | Coagulopatias | Antihemorrágico      | B02BX   | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 10   | Emicizumabe                                 | solução injetável         | 30mg/mL      | Coagulopatias | Antihemorrágico      | B02BX   | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 11   | Emicizumabe                                 | solução injetável         | 105mg/0,7mL  | Coagulopatias | Antihemorrágico      | B02BX   | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 12   | Emicizumabe                                 | solução injetável         | 150mg/mL     | Coagulopatias | Antihemorrágico      | B02BX   | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 13   | Fator IX de coagulação                      | Pó para solução injetável | 200UI        | Coagulopatias | Antihemorrágico      | B02BD04 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 14   | Fator IX de coagulação                      | Pó para solução injetável | 250UI        | Coagulopatias | Antihemorrágico      | B02BD05 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 15   | Fator IX de coagulação                      | Pó para solução injetável | 500UI        | Coagulopatias | Antihemorrágico      | B02BD06 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

**Relação de Hemoderivados**

| Item | Denominação Genérica                           | Forma Farmacêutica        | Concentração    | Doença        | Grupo Terapêutico | ATC     | Onde encontrar           | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|---------------|-------------------|---------|--------------------------|----------------------------------------|
| 16   | Fator IX de coagulação                         | Pó para solução injetável | 600UI           | Coagulopatias | Antihemorrágico   | B02BD07 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 17   | Fator IX de coagulação                         | Pó para solução injetável | 1.000UI         | Coagulopatias | Antihemorrágico   | B02BD04 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 18   | Fator IX de coagulação                         | Pó para solução injetável | 1.200UI         | Coagulopatias | Antihemorrágico   | B02BD04 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 19   | Fator VII ativado recombinante                 | Pó para solução injetável | 1mg (50.000UI)  | Coagulopatias | Antihemorrágico   | B02BD05 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 20   | Fator VII ativado recombinante                 | Pó para solução injetável | 2mg (100.000UI) | Coagulopatias | Antihemorrágico   | B02BD05 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 21   | Fator VII ativado recombinante                 | Pó para solução injetável | 5mg (250.000UI) | Coagulopatias | Antihemorrágico   | B02BD05 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 22   | Fator VIII de coagulação                       | Pó para solução injetável | 250UI           | Coagulopatias | Antihemorrágico   | B02BD02 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 23   | Fator VIII de coagulação                       | Pó para solução injetável | 500UI           | Coagulopatias | Antihemorrágico   | B02BD03 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 24   | Fator VIII de coagulação                       | Pó para solução injetável | 1.000UI         | Coagulopatias | Antihemorrágico   | B02BD04 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 25   | Fator VIII associado a fator de von Willebrand | Pó para solução injetável | 250UI           | Coagulopatias | Antihemorrágico   | B02BD06 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 26   | Fator VIII associado a fator de von Willebrand | Pó para solução injetável | 500UI           | Coagulopatias | Antihemorrágico   | B02BD06 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 27   | Fator VIII associado a fator de von Willebrand | Pó para solução injetável | 1.000UI         | Coagulopatias | Antihemorrágico   | B02BD06 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 28   | Fator VIII de coagulação recombinante          | Pó para solução injetável | 250UI           | Coagulopatias | Antihemorrágico   | B02BD02 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 29   | Fator VIII de coagulação recombinante          | Pó para solução injetável | 500UI           | Coagulopatias | Antihemorrágico   | B02BD02 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 30   | Fator VIII de coagulação recombinante          | Pó para solução injetável | 1.000UI         | Coagulopatias | Antihemorrágico   | B02BD02 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

**Relação de Hemoderivados**

| Item | Denominação Genérica                  | Forma Farmacêutica        | Concentração | Doença        | Grupo Terapêutico | ATC     | Onde encontrar           | Componente da Assistência Farmacêutica |
|------|---------------------------------------|---------------------------|--------------|---------------|-------------------|---------|--------------------------|----------------------------------------|
| 31   | Fator VIII de coagulação recombinante | Pó para solução injetável | 1.500UI      | Coagulopatias | Antihemorrágico   | B02BD02 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 32   | Fator XIII de coagulação              | Pó para solução injetável | 250UI        | Coagulopatias | Antihemorrágico   | B02BD07 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |
| 33   | Fibrinogênio                          | Pó para solução injetável | 1g           | Coagulopatias | Antihemorrágico   | B02BB01 | Hemocentro de referência | CESAF                                  |

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

| <b>Relação de Vacinas e Soros</b> |                                                                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |            |                                                                            |                                               |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Item</b>                       | <b>Denominação Genérica</b>                                                  | <b>Forma Farmacêutica</b> | <b>Concentração</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Grupo Terapêutico</b> | <b>ATC</b> | <b>Onde encontrar</b>                                                      | <b>Componente da Assistência Farmacêutica</b> |
| 1                                 | Imunoglobulina antitetânica                                                  | Solução injetável         | 250UI/mL                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Imunoglobulina           | J06BB02    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 2                                 | Imunoglobulina humana antirrábica                                            | Solução injetável         | 150UI/mL                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Imunoglobulina           | J06BB05    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 3                                 | Imunoglobulina humana antivaricela zoster                                    | Solução injetável         | 125UI/2,5mL                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Imunoglobulina           | J06BB03    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 4                                 | Soro antiaracnídio ( <i>Loxosceles</i> , <i>Phoneutria</i> e <i>Tityus</i> ) | Solução injetável         | Cada mL contém imunoglobulinas que neutralizam, no mínimo, 1,5 dose mínima mortal (DMM) de veneno de <i>Tityus serrulatus</i> (1,5 DMM/mL), 1,5 DMM de veneno de <i>Phoneutria nigriventer</i> (1,5 DMM/mL) e 15 dose mínima necrosante (DMN) de veneno de <i>Loxosceles gaucho</i> (15 DMN/mL) | Imunosoro                | J06AA      | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 5                                 | Soro antibotrópico (pentavalente)                                            | Solução injetável         | Cada mL contém imunoglobulinas (IgG) que neutralizam, no mínimo, 5mg de veneno de <i>Bothrops jararaca</i> (5mg/mL)                                                                                                                                                                             | Imunosoro                | J06AA03    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 6                                 | Soro antibotrópico (pentavalente) e anticrotálico                            | Solução injetável         | Cada mL contém imunoglobulinas que neutralizam, no mínimo, 5mg de veneno de <i>Bothrops jararaca</i> e a 1,5 mg de veneno de <i>Crotalus durissus terrificus</i> (5mg/mL e 1,5mg/mL)                                                                                                            | Imunosoro                | J06AA03    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

| <b>Relação de Vacinas e Soros</b> |                                                 |                           |                                                                                                                                                                   |                          |            |                                                                            |                                               |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Item</b>                       | <b>Denominação Genérica</b>                     | <b>Forma Farmacêutica</b> | <b>Concentração</b>                                                                                                                                               | <b>Grupo Terapêutico</b> | <b>ATC</b> | <b>Onde encontrar</b>                                                      | <b>Componente da Assistência Farmacêutica</b> |
| 7                                 | Soro antiofídico (pentavalente) e antilaquético | Solução injetável         | Cada mL contém imunoglobulinas que neutralizam, no mínimo, 5mg de veneno de <i>Bothrops jararaca</i> e a 3 mg de veneno de <i>Lachesis muta</i> (5mg/mL e 3mg/mL) | Imunosoro                | J06AA03    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 8                                 | Soro antiofídico AB (bivalente)                 | Solução injetável         | Cada mL contém imunoglobulinas que neutralizam, no mínimo, 375UI de toxina botulínica tipo A e 275UI de toxina botulínica tipo B (375UI/mL e 275UI/mL)            | Imunosoro                | J06AA03    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 9                                 | Soro antiofídico                                | Solução injetável         | Cada mL contém imunoglobulinas que neutralizam, no mínimo, 1,5mg de veneno <i>Crotalus durissus terrificus</i> (1,5mg/mL)                                         | Imunosoro                | J06AA03    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 10                                | Soro antidiftérico                              | Solução injetável         | Cada mL contém imunoglobulinas que neutralizam, no mínimo, 1.000UI de toxina diftérica (1.000UI/mL)                                                               | Imunosoro                | J06AA01    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 11                                | Soro antielapídico (bivalente)                  | Solução injetável         | Cada mL contém imunoglobulinas que neutralizam, no mínimo, 1,5mg de veneno <i>Micrurus frontalis</i> (1,5mg/mL)                                                   | Imunosoro                | J06AA03    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 12                                | Soro antiescorpiônico                           | Solução injetável         | Cada mL contém imunoglobulinas que neutralizam, no mínimo, 1,5 dose mínima mortal (DMM) de veneno de <i>Tityus serrulatus</i> (1,5 DMM/mL)                        | Imunosoro                | J06AA      | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 13                                | Soro antilônico                                 | Solução injetável         | Cada mL contém imunoglobulinas que neutralizam, no mínimo, 0,35mg de veneno de <i>Lonomia obliqua</i> (0,35mg/mL)                                                 | Imunosoro                | J06AA      | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

| <b>Relação de Vacinas e Soros</b> |                                                                          |                           |                                                                                                                                                                                                |                          |            |                                                                            |                                               |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Item</b>                       | <b>Denominação Genérica</b>                                              | <b>Forma Farmacêutica</b> | <b>Concentração</b>                                                                                                                                                                            | <b>Grupo Terapêutico</b> | <b>ATC</b> | <b>Onde encontrar</b>                                                      | <b>Componente da Assistência Farmacêutica</b> |
| 14                                | Soro antiloxoscélico (trivalente)                                        | Solução injetável         | Cada mL contém imunoglobulinas que neutralizam, no mínimo, 15 dose mínima necrosante (DMN) de veneno de aranhas das espécies <i>Loxosceles gauchoe</i> <i>Loxosceles intermedia</i> (15DMN/mL) | Imunosoro                | J06AA      | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 15                                | Soro antirrábico                                                         | Solução injetável         | Cada mL contém imunoglobulinas que neutralizam, no mínimo, 200UI de vírus da raiva (200UI/mL)                                                                                                  | Imunosoro                | J06AA06    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 16                                | Soro antitetânico                                                        | Solução injetável         | Cada mL contém imunoglobulinas que neutralizam, no mínimo, 1.000UI de toxina tetânica                                                                                                          | Imunosoro                | J06AA02    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 17                                | Vacina adsorvida difteria e tétano adulto                                | Suspensão injetável       | não se aplica                                                                                                                                                                                  | Vacina                   | J07AM51    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 18                                | Vacina adsorvida difteria e tétano infantil                              | Suspensão injetável       | não se aplica                                                                                                                                                                                  | Vacina                   | J07AM51    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 19                                | Vacina adsorvida difteria, tétano e <i>pertussis</i>                     | Suspensão injetável       | não se aplica                                                                                                                                                                                  | Vacina                   | J07AJ51    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 20                                | Vacina adsorvida difteria, tétano e <i>pertussis</i> (acelular) adulto   | Suspensão injetável       | não se aplica                                                                                                                                                                                  | Vacina                   | J07AJ51    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 21                                | Vacina adsorvida difteria, tétano e <i>pertussis</i> (acelular) infantil | Suspensão injetável       | não se aplica                                                                                                                                                                                  | Vacina                   | J07AJ51    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

| <b>Relação de Vacinas e Soros</b> |                                                                                                                               |                             |                     |                          |            |                                                                            |                                               |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Item</b>                       | <b>Denominação Genérica</b>                                                                                                   | <b>Forma Farmacêutica</b>   | <b>Concentração</b> | <b>Grupo Terapêutico</b> | <b>ATC</b> | <b>Onde encontrar</b>                                                      | <b>Componente da Assistência Farmacêutica</b> |
| 22                                | Vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> , hepatite B (recombinante) e <i>Haemophilus influenzae</i> B (conjugada) | Suspensão injetável         | não se aplica       | Vacina                   | J07CA11    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 23                                | Vacina adsorvida hepatite A (inativada) adulto                                                                                | Suspensão injetável         | não se aplica       | Vacina                   | J07BC02    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 24                                | Vacina adsorvida hepatite A (inativada) infantil                                                                              | Suspensão injetável         | não se aplica       | Vacina                   | J07BC02    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 25                                | Vacina BCG                                                                                                                    | Pó para suspensão injetável | não se aplica       | Vacina                   | J07AN01    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 26                                | Vacina cólera (inativada)                                                                                                     | Suspensão oral              | não se aplica       | Vacina                   | J07AE01    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 27                                | Vacina febre amarela (atenuada)                                                                                               | Pó para solução injetável   | não se aplica       | Vacina                   | J07BL01    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 28                                | Vacina febre tifoide (polissacarídica)                                                                                        | Solução injetável           | não se aplica       | Vacina                   | J07AP03    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 29                                | Vacina <i>Haemophilus influenzae</i> B (conjugada)                                                                            | Pó para solução injetável   | não se aplica       | Vacina                   | J07AG01    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 30                                | Vacina hepatite B (recombinante)                                                                                              | Suspensão injetável         | não se aplica       | Vacina                   | J07BC01    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

| <b>Relação de Vacinas e Soros</b> |                                                             |                             |                     |                          |            |                                                                            |                                               |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Item</b>                       | <b>Denominação Genérica</b>                                 | <b>Forma Farmacêutica</b>   | <b>Concentração</b> | <b>Grupo Terapêutico</b> | <b>ATC</b> | <b>Onde encontrar</b>                                                      | <b>Componente da Assistência Farmacêutica</b> |
| 31                                | Vacina <i>influenza</i> trivalente (fragmentada, inativada) | Suspensão injetável         | não se aplica       | Vacina                   | J07BB02    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 32                                | Vacina meningocócica ACWY (conjugada)                       | Solução injetável           | não se aplica       | Vacina                   | J07AH08    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 33                                | Vacina meningocócica C (conjugada)                          | Pó para suspensão injetável | não se aplica       | Vacina                   | J07AH07    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 34                                | Vacina papilomavírus humano 6,11,16 e 18 (recombinante)     | Suspensão injetável         | não se aplica       | Vacina                   | J07BM01    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 35                                | Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)                  | Suspensão injetável         | não se aplica       | Vacina                   | J07AL02    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 36                                | Vacina pneumocócica 13-valente (conjugada)                  | Solução injetável           | não se aplica       | Vacina                   | J07AL02    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 37                                | Vacina pneumocócica 23-valente (polissacarídica)            | Solução injetável           | não se aplica       | Vacina                   | J07AL01    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 38                                | Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada)                    | Solução injetável           | não se aplica       | Vacina                   | J07BF03    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |
| 39                                | Vacina poliomielite 1 e 3 (atenuada)                        | Solução oral                | não se aplica       | Vacina                   | J07BF02    | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                         |

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Relação de Vacinas e Soros |                                                        |                             |               |                   |         |                                                                            |                                        |
|----------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------|-------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Item                       | Denominação Genérica                                   | Forma Farmacêutica          | Concentração  | Grupo Terapêutico | ATC     | Onde encontrar                                                             | Componente da Assistência Farmacêutica |
| 40                         | Vacina raiva (inativada)                               | Pó para suspensão injetável | não se aplica | Vacina            | J07BG01 | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                  |
| 41                         | Vacina rotavírus humano G1P [8] (atenuada)             | Suspensão oral              | não se aplica | Vacina            | J07BH01 | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                  |
| 42                         | Vacina sarampo, caxumba, rubéola                       | Pó para solução injetável   | não se aplica | Vacina            | J07BD52 | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                  |
| 43                         | Vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela (atenuada) | Pó para solução injetável   | não se aplica | Vacina            | J07BD54 | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                  |
| 44                         | Vacina varicela (atenuada)                             | Pó para solução injetável   | não se aplica | Vacina            | J07BK01 | Unidade de saúde de referência (consultar a secretaria municipal de saúde) | CESAF                                  |