

INFORMAÇÕES DE COMO OBTER MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO NO MUNICÍPIO DE SIQUEIRA CAMPOS:

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), regulamentado pela Portaria regulamentado pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXVIII, Título IV, Capítulos I, II, III e IV e Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, Título V, capítulo II., é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

Seu objetivo majoritário é a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em todas as fases evolutivas das doenças contempladas, em nível ambulatorial.

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde, tem o objetivo de estabelecer os critérios de diagnóstico de cada doença, de inclusão e exclusão ao tratamento, os medicamentos e esquemas terapêuticos, bem como mecanismos de monitoramento e avaliação. Somente poderão receber os medicamentos de CEAF se atender as 03 (três) condições abaixo:

1. Conforme o CID-10 padronizado no PCDT corresponde à condição clínica do usuário.
2. O medicamento estiver padronizado no CEAF e contemplado no PCDT;
3. Se a condição do paciente se enquadrar nos critérios PCDT.

Os medicamentos disponíveis poderão ser consultado em: “Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas”, estabelecidos pelo Ministério da Saúde (disponíveis no endereço eletrônico); <https://www.saude.pr.gov.br/servicos/Saude/Medicamentos/Consultar-medicamentos-da-Farmacia-do-Parana-aPo4Dmom>

Ao atender esses itens acima, o usuário deve se dirigir a **Farmácia de Alto Custo** localizada no Posto Central no endereço: Rua Pernambuco nº 179 – Centro – Siqueira Campos/PR, das 08:00 as 11:30h – 13:00 as 16:00h de segunda a sexta-feira, telefone: (43) 3571-2662 ramal 313, e-mail: farmaciapostodesaude@gmail.com.

Portando os seguintes documentos:

- Formulário Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (LME) preenchido pelo médico (Se o médico não fornecer, o formulário deve ser solicitado na unidade de saúde próxima ao local onde a paciente mora para que o médico preencha as informações necessárias ou na própria Farmácia de Alto Custo, (Lme tem validade de 3 meses).
- Três ou Seis Receitas médicas (em duas vias) do medicamento de alto custo (controlado).
- RG
- CPF
- Cartão SUS
- Comprovante de Residência
- Anexar à documentação Lme, termo, prescrição, relatórios, exames se necessários, exames solicitados para cada Cid 10. Observando os seguintes itens: nome do paciente, legibilidade e ausência de rasuras e emendas; identificação do medicamento, concentração, dosagem, posologia, forma farmacêutica e quantidade total; modo de usar ou posologia; duração do tratamento; local e data da emissão; assinatura e carimbo do médico com nº CRM do prescritor.

Serão observados os seguintes requisitos:

- 1) Se o medicamento solicitado faz parte do elenco de medicamentos

disponibilizados (tabela anexa);

- 2) O Médico solicitante deve ser cadastrado no Ceaf, para poder assinar toda a documentação e para eventuais problemas ou dúvidas detectadas no momento da avaliação da documentação.
- 3) Se tudo estiver correto, o farmacêutico (a) responsável irá fazer o cadastro do Paciente no Sistema Sixmedex. Os processos serão encaminhados para Farmácia de Alto custo 19 Regional de Jacarezinho;
- 4) Os processos serão avaliados por um auditor e, se liberados, estarão disponíveis na farmácia do Programa do Componente Especializado dentro de 60 dias.

Maiores esclarecimentos poderão ser realizados presencialmente ou pelo telefone: (43) 3571-2662 no ramal: 313 ou no e-mail: farmaciapostodesaude@gmail.com

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES* 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante _____

3- Nome completo do Paciente* _____ 5- Peso do paciente* kg

4- Nome da Mãe do Paciente* _____ 6- Altura do paciente* cm

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10* 10- Diagnóstico _____

11- Anamnese* _____

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*
 NÃO SIM. Relatar: _____

13- Atestado de capacidade*
 A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?
 NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____
 Nome do responsável _____

14- Nome do médico solicitante* _____ 17- Assinatura e carimbo do médico* _____

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 16- Data da solicitação* / /

18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante
 Outro, informar nome: _____ e CPF

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*
 Branca Amarela
 Preta Indígena. Informar Etnia: _____
 Parda Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente
 CPF ou CNS
 22- Correio eletrônico do paciente _____

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604320140	ABATACEPTE 125MG INJETÁVEL	482	06050080	Unidade	R\$ 0,00	5	0	18	130	Sim	Sim	M058 M068 M089 M088 M083 M084 M081 M082 M053 M052 M080 M060 M051 M050
0604320124	ABATACEPTE 250MG INJETÁVEL	452	06050064	Unidade	R\$ 0,00	12	0	0	130	Sim	Sim	M080 M082 M081 M060 M053 M088 M052 M051 M089 M050 M084 M083 M068 M058
0604660030	ACETAZOLAMIDA 250 MG	458	06010096	Unidade	R\$ 0,00	124	0	0	130	Sim	Sim	H402 H401 H403 H404 H405 H406 Q150 H408
0604270097	ÁCIDO NICOTÍNICO 250 MG	459	459	Unidade	R\$ 0,00	372	0	0	130	Sim	Sim	E788 E785 E786 E783 E784 E781 E782 E780
0604270100	ÁCIDO NICOTÍNICO 500 MG	460	460	Unidade	R\$ 0,00	186	0	0	130	Sim	Sim	E788 E781 E780 E783 E782 E785 E784 E786
0604270119	ÁCIDO NICOTÍNICO 750 MG	461	461	Unidade	R\$ 0,00	124	0	0	130	Sim	Sim	E785 E784 E786 E781 E780 E783 E782 E788
0604630042	ACIDO URSODESOXICÓLICO 150 MG	331	06010196	Unidade	R\$ 2,90	310	0	0	130	Sim	Sim	K743
0604630050	ACIDO URSODESOXICÓLICO 300 MG	332	06010198	Unidade	R\$ 5,73	155	0	0	130	Sim	Sim	K743
0604630034	ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 50 MG	330	330	Unidade	R\$ 1,17	930	0	0	130	Sim	Sim	K743
0604160062	ÁCIDO ZOLEDRÔNICO 0,05MG/ML	333	06010201	Unidade	R\$ 0,00	1	0	18	130	Sim	Sim	M880 M888
0604600011	ACITRETINA 10mg	2	06020166	Unidade	R\$ 2,74	217		0	130	Sim	Sim	L440 Q800 Q828 Q802 Q801 L408 Q803 L401 L400 Q808 L404
0604600020	ACITRETINA 25mg	3	06020169	Unidade	R\$ 6,73	93		0	130	Sim	Sim	Q808 Q803 L408 Q802 Q801 Q800 L404 L440 L401 L400 Q828
0604380097	ADALIMUMABE 40 MG FRASCO AMPOLA	500	06050126	Unidade	R\$ 0,00	4	0	2	18	Sim	Sim	M080 M468 M081 M082 K501 M083 M088 M084



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604380011	ADALIMUMABE 40 MG SERINGA	4	06050016	Unidade	R\$ 0,00	3	0	0	130	Sim	Sim	M089 K500 M45 K508 M050 M058 M45 M052 M051 M053 M084 M068 M088 M089 M073 M072 M468 M060 M070 M080 M081 M082 M083
0604380062	ADALIMUMABE 40 MG SERINGA	4	06050016	Unidade	R\$ 0,00	7	0	6	130	Sim	Sim	L732 H308 L404 H201 K500 H302 L408 H301 H150 K501 K508 L401 L400
0604240104	ALFA-ALGLICOSIDASE 50MG	413818	06050157	Unidade	R\$ 0,00	80	0	0	130	Sim	Sim	E740
0604620012	ALFACALCIDOL 0,25MCG	7	06012091	Unidade	R\$ 0,00	744		0	130	Sim	Sim	N180 E201 E200 N258 N188 E833 E208 N250 E892
0604620020	ALFACALCIDOL 1,0MCG	8	0008	Unidade	R\$ 0,00	186		0	130	Sim	Sim	E208 E892 N250 N188 E833 E201 N258 N180 E200
0604440014	ALFADORNASE 2,5 MG	9	06050113	Unidade	R\$ 0,00	62	0	0	130	Sim	Sim	E848 E840
0604240090	ALFAELOSULFASE 1MG/ML (FRASCO AMPOLA 5ML)	413790	06050154	Unidade	R\$ 0,00	200	0	0	130	Sim	Sim	E762
0604470053	ALFAEPOETINA 10.000 U.I.	14	06050081	Unidade	R\$ 0,00	22	0	0	130	Sim	Sim	Z948 N188 B182 B171 N180
0604470010	ALFAEPOETINA 1.000 U.I	10	06050092	Unidade	R\$ 0,00	50		0	130	Sim	Sim	Z948 N188 N180
0604470029	ALFAEPOETINA 2.000 U.I	11	06050002	Unidade	R\$ 0,00	37		0	130	Sim	Sim	N188 Z948 N180
0604470037	ALFAEPOETINA 3.000 U.I.	12	06050102	Unidade	R\$ 0,00	37	0	0	130	Sim	Sim	N188 N180 Z948
0604470045	ALFAEPOETINA 4.000 U.I.	13	06050001	Unidade	R\$ 0,00	56		0	130	Sim	Sim	N188 Z948 N180
0604390033	ALFAINTERFERONA 2B - 10.000.000 UI	16	06050059	Unidade	R\$ 262,45	23		0	130	Sim	Sim	D180
0604390017	ALFAINTERFERONA 2B -	15	06010104	Unidade	R\$ 92,33	77		0	130	Sim	Sim	D180



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
	3.000.000 UI											
0604390025	ALFAINTERFERONA 2B - 5.000.000 UI	17	06050003	Unidade	R\$ 138,03	46		0	130	Sim	Sim	D180
0604390041	ALFAPEGINTERFERONA 2A 180 mcg	19	06050008	Unidade	R\$ 0,00	5	0	0	130	Sim	Sim	B182 B171 B180 B181
0604390068	ALFAPEGINTERFERONA 2B 100 MCG	225	06050010	Unidade	R\$ 0,00	10	0	0	130	Sim	Sim	B181 B180
0604390076	ALFAPEGINTERFERONA 2B 120 MCG	226	06050009	Unidade	R\$ 0,00	10	0	0	130	Sim	Sim	B180 B181
0604390050	ALFAPEGINTERFERONA 2B 80 mcg	18	06050007	Unidade	R\$ 0,00	10	0	0	130	Sim	Sim	B181 B180
0604240040	ALFAVELAGLICERASE 200 U INJETAVEL	447	447	Unidade	R\$ 0,00	48	0	0	130	Sim	Sim	E752
0604240058	ALFAVELAGLICERASE 400 U INJETAVEL	448	448	Unidade	R\$ 0,00	24	0	0	130	Sim	Sim	E752
0604200013	AMANTADINA 100 MG	20	06020019	Unidade	R\$ 0,41	124		0	130	Sim	Sim	G20
0604750021	AMBRISANTANA 10 MG (POR COMP REVEST)	476	06010103	Unidade	R\$ 25,72	31	0	18	130	Sim	Sim	I278 I270 I272
0604750013	AMBRISANTANA 5 MG (POR COMP REVEST)	475	06010099	Unidade	R\$ 25,53	31	0	18	130	Sim	Sim	I278 I272 I270
0604360010	ATORVASTATINA 10MG	21	21	Unidade	R\$ 0,00	248		0	130	Sim	Sim	E786 E785 E784 E788 E783 E782 E781 E780
0604360029	ATORVASTATINA 20 MG	22	06010053	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	E783 E782 E781 E780 E786 E784 E785 E788
0604360037	ATORVASTATINA 40 MG	266	06012249	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	E783 E784 E785 E786 E788 E782 E781 E780
0604360045	ATORVASTATINA 80 MG	283	283	Unidade	R\$ 0,00	31		0	130	Sim	Sim	E780 E781 E788 E786 E785 E784 E783 E782
0604530013	AZATIOPRINA 50MG	23	06010506	Unidade	R\$ 0,00	248		0	130	Sim	Sim	M068 M050 H201 M051 M053 M052 D610 H302 H301 M058 M060 M340



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												G700 M341 K518 M348 Z948 K754 Z944 Z943 Z942 Z941 Z940 D693 K508 T861 T864 T862 K514 M330 K513 K515 K510 M332 M080 K512 M331 K511 H308 G35 M328 H150 M321 L931 K501 L930 K500
0604390106	BETAINTERFERONA 1A 12.000.000 UI (44 MCG)	31	06050028	Unidade	R\$ 0,00	14		0	130	Sim	Sim	G35
0604390084	BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (22 MCG)	29	06050027	Unidade	R\$ 0,00	14		0	130	Sim	Sim	G35
0604390092	BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (30 MCG)	30	06050034	Unidade	R\$ 0,00	5		0	130	Sim	Sim	G35
0604390114	BETAINTERFERONA 1B 9.600.000 UI (300MCG)	32	06050029	Unidade	R\$ 0,00	16		0	130	Sim	Sim	G35
0604270011	BEZAFIBRATO 200 MG	33	06010048	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	E788 E786 E785 E780 E784 E783 E782 E781
0604270020	BEZAFIBRATO 400 MG	34	06010051	Unidade	R\$ 0,00	31		0	130	Sim	Sim	E782 E781 E780 E786 E785 E784 E783 E788
0604650019	BIMATOPROSTA 0,03%	263	06050103	Unidade	R\$ 0,00	1		0	130	Sim	Sim	H404 H403 H402 Q150 H401 H408 H406 H405
0604630026	BIOTINA 2,5 MG	506	06050131	Unidade	R\$ 0,00	248	0	0	130	Sim	Sim	E889
0604750048	BOSENTANA 125 MG	256	06010098	Unidade	R\$ 8,83	62	0	0	130	Sim	Sim	I278 I270 I272
0604750030	BOSENTANA 62,5 MG	255	06010097	Unidade	R\$ 8,83	62	0	0	130	Sim	Sim	I278 I270 I272
0604670010	BRIMONIDINA 2,0 MG/ML SOL. OFTALM.	462	06010091	Unidade	R\$ 0,00	2	0	0	130	Sim	Sim	H403 H402 H401 Q150 H408 H404 H405 H406
0604660014	BRINZOLAMIDA 10 MG/ML SUSP. OFTALM.	463	06010092	Unidade	R\$ 0,00	2	0	0	130	Sim	Sim	Q150 H408 H405 H406 H404 H403 H402 H401



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604030010	BROMOCRIPTINA 2,5 MG	37	06012194	Unidade	R\$ 1,93	868		0	130	Sim	Sim	G20 E221
0604280068	BUDESONIDA 200 MCG	38	06010078	Unidade	R\$ 0,00	248		0	130	Sim	Sim	J448 J458 J451 J440 J441 J450
0604280092	BUDESONIDA 200 MCG	375	375	Unidade	R\$ 0,00	2		0	130	Sim	Sim	J450 J451 J441 J440 J458 J448
0604280084	BUDESONIDA 200 MCG	39	06010025	Unidade	R\$ 0,00	3		0	130	Sim	Sim	J450 J448 J458 J441 J440 J451
0604280076	BUDESONIDA 400 MCG	376	376	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	J450 J451 J440 J441 J458 J448
0604030037	CABERGOLINA 0.5 MG	40	06050075	Unidade	R\$ 0,00	45	0	0	130	Sim	Sim	E221 E220
0604700016	CALCIPOTRIOL 50 MCG/G	464	06012239	Unidade	R\$ 0,00	15	0	0	130	Sim	Sim	L408 L404 L400 L401
0604570023	CALCITONINA 100 UI	42	42	Unidade	R\$ 0,00	31		0	130	Sim	Sim	M880 M808 M828 M818 M888 M811 M820 M821 M812 M810 M815 M816 M813 M814 M803 M802 M805 M804 M801 M800
0604570031	CALCITONINA 200 UI	41	06010145	Unidade	R\$ 0,00	3		0	130	Sim	Sim	M805 M808 M880 M828 M818 M816 M888 M800 M810 M811 M812 M803 M821 M813 M804 M814 M801 M820 M802 M815
0604570015	CALCITONINA 50 UI	377	377	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	M816 M800 M814 M801 M828 M815 M802 M803 M812 M821 M813 M804 M805 M810 M811 M820 M888 M880 M818 M808
0604620039	CALCITRIOL 0,25 MCG	43	06010149	Unidade	R\$ 0,00	496	0	0	130	Sim	Sim	M833 M832 M813 M831 M830 M812 M811 M810 M816 M815 M814 E833 M838 M818 E208 E559



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												E201 E200 E550 M821 M800 M802 M820 M801 M804 M803 M805 N250 M808 M828 E643 N180 E892
0604620047	CALCITRIOL 1,0 MCG	44	06012226	Unidade	R\$ 0,00	124	0	0	130	Sim	Sim	N180 E833 N250
0604380070	CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML INJETÁVEL	453	06050066	Unidade	R\$ 0,00	6	0	18	130	Sim	Sim	M058 M068 M072 M073 M050 M45 M051 M060 M070 M052 M053 K500 K501 K508 M468
0604090013	CICLOFOSFAMIDA 50 MG	246	06010089	Unidade	R\$ 0,00	186		0	130	Sim	Sim	N045 N046 N043 N044 N049 M340 M328 M341 N047 N048 L931 L930 D693 D590 N041 N042 N040 D591 D600 M321 M348
0604340044	CICLOSPORINA 100 MG	48	06010154	Unidade	R\$ 0,00	372		0	130	Sim	Sim	D591 D590 Z944 M088 M089 Z941 Z940 Z943 Z942 M082 K515 M083 K514 M080 K513 M081 K512 Z948 K518 M084 M050 M052 M051 M053 L404 M058 L408 L401 L400 H150 T864 T861 M328 G700 T862 N047 M332 H302 N048 N045 M330 D611 N046 M331 H301 D610 M060 N049 N040 H308 D618 N043 D613 N044 L930 D612 M068 N041 H201 N042



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604340052	CICLOSPORINA 100 MG/ML	49	06010151	Unidade	R\$ 0,00	8		0	130	Sim	Sim	L931 K510 K511 D600 M073 M321 M070 M072 Z948 M084 D618 M083 M082 D612 M081 D611 M080 D613 Z940 Z941 D610 Z942 Z943 D590 Z944 M089 D591 M088 H308 D600 H301 H302 M058 H201 M050 M051 M052 M053 M060 L404 L408 H150 L931 L930 M068 N048 N044 N045 N046 N047 N040 N041 N042 N043 M332 L400 M331 L401 M330 K511 K512 K513 K514 M070 K515 M073 M072 M328 K518 T864 G700 T861 T862 M321 K510
0604340010	CICLOSPORINA 10 MG	45	06010155	Unidade	R\$ 0,00	496		0	130	Sim	Sim	M060 L931 L930 G700 M068 M073 M072 M070 K510 H201 K512 K511 K514 H308 K513 K515 L408 N040 N041 Z940 D613 Z942 D611 Z941 D612 Z944 Z943 D610 L400 T864 L401 M080 T862 M081 D590 L404 D591 M082 M083 M084 D618 M088 H302 T861 M089 H301 K518 N049



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604340028	CICLOSPORINA 25 MG	46	06010152	Unidade	R\$ 0,00	496		0	130	Sim	Sim	N048 N047 M332 Z948 N046 M331 N045 M330 N044 N043 H150 N042 M051 M050 D600 M328 M321 M052 M053 M058
0604340036	CICLOSPORINA 50 MG	47	06010153	Unidade	R\$ 0,00	744		0	130	Sim	Sim	K515 M073 K514 M072 K518 H150 M328 M321 T862 T861 T864 M070 M083 M082 M084 N047 N048 M089 N049 D600 M088 N043 N044 N045 N046 N040 N041 N042 G700 K512 K513 M080 K510 M081 K511 D618 D590 D591 D610 Z944 D611 Z943 D612 L400 Z942 D613 Z948 L401 L404 Z940 Z941 M058 M053 H308 M050 M051 H302 M052 H301 H201 L931 L408 M332 L930 M068 M330 M331 M060



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												M083 M084 D613 D618 L401 L400 H201 D610 G700 D611 D612 M058 L408 L404 Z948 M050 M051 Z944 Z943 Z942 M052 Z941 M053 L931 L930 D600 H150 H301 H302 M068 H308 M060
0604770014	CINACALCETE 30 MG	484	06050085	Unidade	R\$ 0,00	186	0	18	130	Sim	Sim	N250 E833 N180
0604770022	CINACALCETE 60 MG	485	06050086	Unidade	R\$ 0,00	93	0	18	130	Sim	Sim	N250 N180 E833
0604270038	CIPROFIBRATO 100 MG	50	06012240	Unidade	R\$ 0,00	31		0	130	Sim	Sim	E782 E783 E780 E781 E788 E786 E785 E784
0604120010	CIPROTERONA 50 MG	53	06010141	Unidade	R\$ 1,31	21		0	130	Sim	Sim	E280 E282 L680 E250 E228
0604180012	CLOBAZAM 10 MG	378	06020048	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	G406 G405 G404 G403 G408 G407 G402 G401 G400
0604180020	CLOBAZAM 20 MG	379	379	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
0604710011	CLOBETASOL 0,5 MG/G	465	06012241	Unidade	R\$ 0,00	8	0	0	130	Sim	Sim	L401 L400 L404 L408
0604710020	CLOBETASOL 0,5 MG/G SOLUÇÃO CAPILAR	466	06012242	Unidade	R\$ 0,00	5	0	0	130	Sim	Sim	L408 L404 L400 L401
0604330022	CLOPIDOGREL 75MG	394	06010071	Unidade	R\$ 0,00	31	0	0	130	Sim	Sim	I213 I233 I221 I232 I212 I211 I235 I234 I210 I200 I249 I236 I248 I228 I214 I201 I238 I220 I231 I240 I230 I229 I219
0604080018	CLOROQUINA 150 mg	54	06010011	Unidade	R\$ 0,00	186		0	130	Sim	Sim	M060 L931 M050 M058 M051 M068 M321 M080



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604230087	CLOZAPINA 100 MG	55	06050037	Unidade	R\$ 0,00	248		0	130	Sim	Sim	L930 M052 M053 M328 F250 F200 F316 F317 F201 F314 F202 F315 F203 F252 G20 F251 F311 F313 F208 F312 F206 F205 F204
0604230079	CLOZAPINA 25 MG	56	06050038	Unidade	R\$ 0,00	992		0	130	Sim	Sim	F208 F205 F206 F313 F314 G20 F311 F312 F252 F317 F316 F315 F200 F204 F203 F202 F250 F201 F251
0604050038	CODEINA 30 MG	58	58	Unidade	R\$ 0,00	372	0	0	130	Sim	Sim	R521 R522
0604050020	CODEINA 30 MG/ML	59	59	Unidade	R\$ 0,00	186		0	130	Sim	Sim	R522 R521
0604050011	CODEINA 3 MG/ML	57	57	Unidade	R\$ 0,00	31	0	0	130	Sim	Sim	R521 R522
0604050046	CODEINA 60 MG	60	60	Unidade	R\$ 0,00	186	0	0	130	Sim	Sim	R522 R521
0604060025	COMPL ALIMENTAR 1- 8 ANOS	62	06010003	Unidade	R\$ 0,00	3617		1	130	Sim	Sim	E700 E701
0604060025	COMPL ALIMENTAR MAIOR 1 ANO	392	392	Unidade	R\$ 0,00	3617		1	130	Sim	Sim	E700 E701
0604060025	COMPL ALIMENTAR MAIOR 8 ANOS	280	06010004	Unidade	R\$ 0,00	3617		1	130	Sim	Sim	E700 E701
0604060017	COMPL ALIMENTAR MENOR 1 ANO	61	06010002	Unidade	R\$ 0,00	1550		0	1	Sim	Sim	E701 E700
0604760035	DACLATASVIR 30 MG	481	06050079	Unidade	R\$ 0,00	93	0	18	130	Sim	Sim	B182 B171
0604760027	DACLATASVIR 60 MG	480	06050076	Unidade	R\$ 0,00	31	0	18	130	Sim	Sim	B182 B171
0604140029	DANAZOL 100 MG	63	06010156	Unidade	R\$ 1,50	248		0	130	Sim	Sim	N805 D693 N804 M328 L930 L931 N808 M321 D841 N802 N803 N800 N801



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604140037	DANAZOL 200 MG	370	370	Unidade	R\$ 3,62	124		0	130	Sim	Sim	D841 N808 M321 N800 M328 N804 N803 N802 N801 N805 L930 L931 D693
0604820011	DAPAGLIFLOZINA 10MG	413775	06010200	Unidade	R\$ 0,00	31	0	65	130	Sim	Sim	E112 E119 E117 E118 E115 E116 E113 E114
0604020015	DEFERASIROX 125 MG	249	06010064	Unidade	R\$ 0,00	992	0	0	130	Sim	Sim	E831 T454
0604020023	DEFERASIROX 250 MG	250	06050125	Unidade	R\$ 0,00	496	0	0	130	Sim	Sim	E831 T454
0604020031	DEFERASIROX 500 MG	251	06050124	Unidade	R\$ 0,00	248	0	0	130	Sim	Sim	E831 T454
0604020040	DEFERIPRONA 500MG	64	06010188	Unidade	R\$ 8,06	620		0	130	Sim	Sim	E831 T454
0604020058	DESFERROXAMINA 500 MG	65	06010157	Unidade	R\$ 18,89	372		0	130	Sim	Sim	E833 E831 T454 N250 N180
0604100027	DESMOPRESSINA 0,1MG	518	06050133	Unidade	R\$ 0,00	372	0	0	130	Sim	Sim	E232
0604100019	DESMOPRESSINA 0,1MG/ML NASAL	309	06050107	Unidade	R\$ 0,00	8	0	0	130	Sim	Sim	E232
0604100035	DESMOPRESSINA 0,2MG (POR COMPRIMIDO)	519	06050134	Unidade	R\$ 0,00	186	0	0	130	Sim	Sim	E232
0604130023	DONEPEZILA 10MG	67	06050044	Unidade	R\$ 0,00	31		40	130	Sim	Sim	F000 G300 F001 F002 G301 G308
0604130015	DONEPEZILA 5MG	68	06050043	Unidade	R\$ 0,00	62		40	130	Sim	Sim	G308 F001 F000 G300 G301 F002
0604660022	DORZOLAMIDA 20 MG/ML SOL. OFTALMO.	467	06010093	Unidade	R\$ 0,00	2	0	0	130	Sim	Sim	H406 H405 H404 H408 H401 H402 H403 Q150
0604760060	ELBASVIR 50MG /GRAZOPREVIR 100MG	497	06050121	Unidade	R\$ 0,00	31	0	18	130	Sim	Sim	B171 B182
0604250037	ELTROMBOPAGUE OLAMINA 25 MG	507	06010193	Unidade	R\$ 138,45	93	0	6	130	Sim	Sim	D693
0604250045	ELTROMBOPAGUE OLAMINA 50 MG	508	06010194	Unidade	R\$ 276,93	31	0	6	130	Sim	Sim	D693



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604800010	ENOXAPARINA SÓDICA 40mg/0,4mL SOL INJ(SER PREENC)	432	06050142	Unidade	R\$ 0,00	124	0	9	60	Sim	Sim	I828 O223 O225 I820 I821 I822 I823 D688
0604490011	ENTACAPONA 200 MG	69	06050111	Unidade	R\$ 0,00	310	0	0	130	Sim	Sim	G20
0604460023	ENTECAVIR 0,5 MG	235	06050015	Unidade	R\$ 0,00	62		13	130	Sim	Sim	B180 B181
0604460066	ENTECAVIR 1 MG	241	06050049	Unidade	R\$ 0,00	31	0	13	130	Sim	Sim	B180 B181
0604380020	ETANERCEPTE 25MG	70	06050025	Unidade	R\$ 0,00	10	0	0	18	Sim	Sim	L400 M082 M083 M084 M080 M081 M070 L408 M052 M051 M050 L404 M073 M060 M072 L401 M468 M053 M45 M058 M068 M089 M088
0604380100	ETANERCEPTE 50 MG- Brenzys (SAMSUNG)	501	06050127	Unidade	R\$ 0,00	5	0	18	130	Sim	Sim	M080 M082 L408 M081 M084 M083 L404 L401 M072 M073 L400 M052 M070 M053 M050 M051 M060 M45 M068 M058 M088 M089 M468
0604380038	ETANERCEPTE 50 MG- Enbrel (PFIZER)	245	06050024	Unidade	R\$ 0,00	5	0	0	130	Sim	Sim	M088 M089 M072 M073 M083 L408 M084 M068 M060 M051 M050 M053 M052 M468 M45 L404 M058 M082 L400 L401 M081 M080 M070
0604270046	ETOFIBRATO 500MG	71	71	Unidade	R\$ 0,00	31		0	130	Sim	Sim	E780 E782 E781 E785 E786 E783 E784 E788
0604220014	ETOSSUXIMIDA 50 MG/ML	380	06020049	Unidade	R\$ 0,00	8		0	130	Sim	Sim	G406 G407 G404 G405 G408 G403 G402 G401 G400
0604320019	EVEROLIMO 0,50 MG	247	06050019	Unidade	R\$ 0,00	310	0	0	130	Sim	Sim	Z941 Z940 T862 T861



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												Z944 T864
0604320027	Everolimo 0,75mg	341	06050039	Unidade	R\$ 0,00	217	0	0	130	Sim	Sim	Z944 Z941 T862 T864 T861 Z940
0604320035	EVEROLIMO 1 MG	248	06050020	Unidade	R\$ 0,00	155	0	0	130	Sim	Sim	T864 T861 T862 Z944 Z940 Z941
0604270054	FENOFIBRATO 200MG	72	06012243	Unidade	R\$ 0,00	31		0	130	Sim	Sim	E786 E788 E783 E782 E785 E784 E780 E781
0604270062	FENOFIBRATO 250MG	73	73	Unidade	R\$ 0,00	31		0	130	Sim	Sim	E782 E780 E781 E784 E783 E786 E785 E788
0604040016	FENOTEROL 100 MCG	229	06012244	Unidade	R\$ 0,00	16		0	130	Sim	Sim	J451 J450 J448 J458 J441 J440
0604250010	FILGRASTIM 300MCG	75	06050073	Unidade	R\$ 0,00	64	0	0	130	Sim	Sim	D70 B230 B238 B232 D618 B231 D613 D612 B24 D611 B171 D610 D467 D460 D461 B207 B206 B209 B208 B202 B220 B203 B182 B221 B204 B222 B205 B200 B201 B227 Z948
0604320132	FINGOLIMODE 0,5 MG	477	06050074	Unidade	R\$ 0,00	31	0	10	130	Sim	Sim	G35
0604420013	FLUDROCORTISONA 0,1 MG	76	06010014	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	E271 E250 E274
0604360053	FLUVASTATINA 20 MG	79	79	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	E783 E784 E781 E782 E780 E788 E785 E786
0604360061	FLUVASTATINA 40 MG	78	78	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	E781 E780 E783 E782 E785 E784 E786 E788
0604040032	FORMOTEROL 12 MCG	80	80	Unidade	R\$ 0,00	3		0	130	Sim	Sim	J451 J441 J450 J440 J458 J448
0604040040	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400 MCG CAP INALANTE	82	06010032	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	J448 J451 J450 J440 J441 J458



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604040059	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400MCG PÓ INALANTE	83	06010072	Unidade	R\$ 0,00	3		0	130	Sim	Sim	J448 J458 J441 J440 J451 J450
0604040024	FORMOTEROL 12 MCG CAP INALANTE FRCO	81	06012245	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	J458 J448 J450 J451 J440 J441
0604040075	FORMOTEROL 6MCG+BUDESONIDA 200MCG CAP INALANTE	85	06010073	Unidade	R\$ 0,00	248		0	130	Sim	Sim	J450 J448 J451 J458 J441 J440
0604040067	FORMOTEROL 6 MCG+ BUDESONIDA 200 MCG PÓ INALANTE	84	06010030	Unidade	R\$ 0,00	6		0	130	Sim	Sim	J458 J440 J451 J441 J450 J448
0604540027	FUMARATO DE DIMETILA 120 MG (POR CÁPSULA)	492	06050098	Unidade	R\$ 0,00	14	0	18	130	Sim	Sim	G35
0604540035	FUMARATO DE DIMETILA 240 MG (POR CÁPSULA)	493	06050099	Unidade	R\$ 0,00	62	0	18	130	Sim	Sim	G35
0604500017	GABAPENTINA 300 MG	86	06020009	Unidade	R\$ 0,00	372		3	130	Sim	Sim	G404 G405 G402 G403 G400 G401 G408 G406 G407
0604500025	GABAPENTINA 400 MG	87	06020010	Unidade	R\$ 0,00	279		3	130	Sim	Sim	G406 G405 G408 G407 G402 G401 G404 G403 G400
0604130040	GALANTAMINA ER 16MG (POR CAP DE LIB PROLON)	238	06050115	Unidade	R\$ 0,00	31	0	40	130	Sim	Sim	G300 F001 G301 F000 F002 G308
0604130058	GALANTAMINA ER 24MG (POR CAP DE LIB PROLON)	239	06050116	Unidade	R\$ 0,00	31	0	40	130	Sim	Sim	F001 F002 G308 F000 G300 G301
0604130031	GALANTAMINA ER 8MG (POR CAP DE LIB PROLON)	237	06050114	Unidade	R\$ 0,00	93	0	40	130	Sim	Sim	G300 G301 F000 F001 G308 F002
0604240082	GALSULFASE 1 MG/ML SOL.INJ.(FRASCO AMPOLA DE 5ML)	521	06050155	Unidade	R\$ 0,00	100	0	0	130	Sim	Sim	E762
0604270070	GENFIBROZILA 600MG	88	06010105	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	E788 E782 E783 E780 E781 E786 E784 E785



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604270089	GENFIBROZILA 900MG	89	06012251	Unidade	R\$ 0,00	31		0	130	Sim	Sim	E782 E783 E780 E781 E788 E786 E784 E785
0604520018	GLATIRAMER 20MG	90	06050021	Unidade	R\$ 0,00	31	0	0	130	Sim	Sim	G35
0604520026	GLATIRAMER 40MG (POR SERINGA PREENCH)	503	06050128	Unidade	R\$ 0,00	14	0	0	130	Sim	Sim	G35
0604760078	GLECAPREVIR 100MG /PIBRENTASVIR 40MG	498	06050122	Unidade	R\$ 0,00	93	0	18	130	Sim	Sim	B182 B171
0604380089	GOLIMUMABE 50 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCH)	454	06050067	Unidade	R\$ 0,00	2	0	18	130	Sim	Sim	M468 M050 M051 M068 M052 M053 M073 M072 M45 M060 M058 M070
0604110022	GOSSERRELINA 10,80 MG	92	06012229	Unidade	R\$ 967,00	1		0	130	Sim	Sim	N808 E228 D252 D251 N801 D250 N800 N803 N802 N805 N804
0604110014	GOSSERRELINA 3,60MG	91	06010167	Unidade	R\$ 367,55	2		0	130	Sim	Sim	N800 D252 N802 D251 N801 D250 N804 N803 N805 N808 E228
0604080026	HIDROXICLOROQUINA 400 MG	93	06010033	Unidade	R\$ 0,00	93		0	130	Sim	Sim	M058 M068 M328 M331 M321 M330 L931 L930 M050 M051 M060 M052 M080 M053
0604170017	HIDRÓXIDO DE ALUMINIO 230 MG/ML	384	384	Unidade	R\$ 0,00	1456		0	130	Sim	Sim	E833 N180
0604170025	HIDRÓXIDO DE ALUMINIO 300 MG/ML	385	385	Unidade	R\$ 0,00	1116		0	130	Sim	Sim	N180 E833
0604170033	HIDRÓXIDO DE ALUMINIO 61,5 MG/ML	381	381	Unidade	R\$ 0,00	54		0	130	Sim	Sim	E833 N180
0604170041	HIDRÓXIDO DE ALUMINIO 61,5 MG/ML	382	382	Unidade	R\$ 0,00	36		0	130	Sim	Sim	E833 N180
0604170050	HIDRÓXIDO DE ALUMINIO 61,5 MG/ML	383	383	Unidade	R\$ 0,00	23		0	130	Sim	Sim	E833 N180
0604480016	HIDROXIUREIA 500 MG	94	06010017	Unidade	R\$ 1,20	217		0	130	Sim	Sim	D571 D572 D570



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604240074	IDURSULFASE ALFA 2MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	491	06050100	Unidade	R\$ 0,00	45	0	0	130	Sim	Sim	E761
0604330014	ILOPROSTA 10 MCG/ML	371	06010191	Unidade	R\$ 23,44	279	0	0	130	Sim	Sim	I272 I270 I278
0604330014	ILOPROSTA 10 MCG/ML (2 ML)	413292	413292	Unidade	R\$ 23,44	279	0	0	130	Sim	Sim	I272 I270 I278
0604240015	IMIGLUCERASE 200 U.I	95	06050004	Unidade	R\$ 0,00	48		0	130	Sim	Sim	E752
0604240031	IMIGLUCERASE 400 U.I	389	06050040	Unidade	R\$ 0,00	24	0	0	130	Sim	Sim	E752
0604300042	IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 1000 UI	98	06050050	Unidade	R\$ 0,00	11	0	0	130	Sim	Sim	B181 B180 B160 B162
0604300018	IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 100 UI	96	06050041	Unidade	R\$ 0,00	8		0	130	Sim	Sim	B181 B160 B180 B162
0604300026	IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 500 UI	97	06012233	Unidade	R\$ 1.055,52	1		0	130	Sim	Sim	B162 B181 B180 B160
0604300034	IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 600 UI	391	06050032	Unidade	R\$ 0,00	1	0	0	130	Sim	Sim	B160 B180 B181 B162
0604310013	IMUNOGLOBULINA HUMANA 0,5 G	99	06012092	Unidade	R\$ 69,42	600		0	130	Sim	Sim	B24 D818 D600 D817 D816 D815 D814 B238 D813 D812 D811 D810 B342 D808 D805 D807 D806 D801 D800 D803 B227 D693 B222 B232 B231 B230 D591 D590 D830 D832 B221 B220 D838 M331 M332 M330 B208 B209 Z940 B202 B203 B200 B201 B206 B207 B204 B205 T861 D820 D821 G700 G610
0604310021	IMUNOGLOBULINA HUMANA 1,0 G	100	06011221	Unidade	R\$ 136,20	300		0	130	Sim	Sim	B24 D820 B238 B232 B342 D821 B200 B202



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												B231 B201 B230 B204 B203 B206 B205 B208 B207 B209 D817 D816 D815 D814 D818 D813 D812 D811 D810 D590 D591 D693 G700 B220 Z940 D801 B227 D800 B222 M332 B221 M331 M330 D807 D808 D805 D806 D803 D838 T861 D832 D830 G610 D600
0604310030	IMUNOGLOBULINA HUMANA 2,5 G	101	06011044	Unidade	R\$ 352,01	200		0	130	Sim	Sim	B220 B222 B221 D812 D813 G610 D814 D815 D591 B227 D810 D811 D817 D816 D818 B232 B231 B230 D693 D803 D801 D800 B238 D590 B24 D808 D807 D600 D806 D805 D830 B200 D832 B206 B205 B208 B207 G700 B202 B201 B204 B342 B203 B209 D838 D821 D820 Z940 T861 M331 M330 M332
0604310048	IMUNOGLOBULINA HUMANA 3,0 G	103	103	Unidade	R\$ 290,79	167		0	130	Sim	Sim	D811 D812 D810 B24 Z940 B230 B231 D818 B232 D817 D816 D815 B238 G700 D814 D813 D820 D821 B207 B206 B209 B208 G610 M332 B202 M331 B203 M330



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604310056	IMUNOGLOBULINA HUMANA 5,0 G	104	06050005	Unidade	R\$ 0,00	100		0	130	Sim	Sim	B204 B205 B200 B201 D830 B342 D832 T861 D838 D805 D803 D808 D806 D591 D807 D590 D600 B220 B221 B222 D801 D800 B227 D693
0604310064	IMUNOGLOBULINA HUMANA 6,0 G	102	102	Unidade	R\$ 692,78	84		0	130	Sim	Sim	D693 G610 Z940 D810 D811 D591 D590 D808 D807 D806 D805 D803 D801 B24 B342 B238 D800 D838 B222 B221 T861 M331 B220 M330 B208 B207 B206 B205 D832 D830 B209 D600 M332 B231 B230 B232 G700 D820 D821 D813 D812 D815 B200 D814 B201 D817 B202 D816 B203 B204 D818 B227



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604380046	INFLIXIMABE 10 MG/ML	105	06050017	Unidade	R\$ 0,00	6	0	0	130	Sim	Sim	B238 D820 D821 B24 M068 M058 M051 M060 M052 M088 M050 M089 M082 M083 M084 M053 M081 M080
0604380054	INFLIXIMABE 10 MG/ML	105	06050017	Unidade	R\$ 0,00	10		0	130	Sim	Sim	K501 K500 K512 K510 M468 K515 M072 M073 M45 K513 M070 K508 K518
0604780010	INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA (ASPARTE) 100UI/ML	490	06050095	Unidade	R\$ 0,00	13	0	4	130	Sim	Sim	E103 E102 E101 E100 E104 E105 E106 E107 E108 E109
0604780010	INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA(GLULISINA)100UI/ML	413839	06050158	Unidade	R\$ 0,00	13	0	4	130	Sim	Sim	E103 E102 E101 E100 E104 E105 E106 E107 E108 E109
0604590016	ISOTRETINOINA 10 MG	106	06020018	Unidade	R\$ 0,00	620		0	130	Sim	Sim	L708 L701 L700
0604590024	ISOTRETINOINA 20 MG	107	06020001	Unidade	R\$ 0,00	310		0	130	Sim	Sim	L701 L700 L708
0604460031	LAMIVUDINA 10 MG/ML	108	06050058	Unidade	R\$ 0,00	4		0	130	Sim	Sim	B181 B160 B180 B162
0604460040	LAMIVUDINA 150 MG	109	06050018	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	B162 B181 B180 B160
0604500050	LAMOTRIGINA 100 MG	111	06022191	Unidade	R\$ 0,00	217		2	130	Sim	Sim	G402 G401 G404 G403 F317 F316 G400 F312 F313 F314 F315 G405 G406 G407 F311 G408
0604500033	LAMOTRIGINA 25 MG	110	06020046	Unidade	R\$ 0,00	868		2	130	Sim	Sim	F315 F316 F317 F311 F312 F313 F314 G400 G401 G402 G403 G408 G404 G405 G406 G407
0604500041	LAMOTRIGINA 50 MG	253	253	Unidade	R\$ 0,00	434		2	130	Sim	Sim	G406 G405 G404 G403 G408 G407 G402 G401 G400 F313 F312 F311



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												F317 F316 F315 F314
0604290080	LANREOTIDA 120 MG	468	06050146	Unidade	R\$ 0,00	1	0	0	130	Sim	Sim	E220
0604290063	LANREOTIDA 60 MG	469	469	Unidade	R\$ 0,00	1	0	0	130	Sim	Sim	E220
0604290071	LANREOTIDA 90 MG	470	06050145	Unidade	R\$ 0,00	1	0	0	130	Sim	Sim	E220
0604240066	LARONIDASE 0,58 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	488	06050093	Unidade	R\$ 0,00	100	0	0	130	Sim	Sim	E760
0604650027	LATANOPROSTA 0,05 MG/ML SOL.OFTALM.	471	06050105	Unidade	R\$ 0,00	1		0	130	Sim	Sim	H404 Q150 H405 H406 H401 H402 H403 H408
0604760051	LEDIPASVIR 90MG /SOFOSBUVIR 400MG	496	06050119	Unidade	R\$ 0,00	31	0	12	130	Sim	Sim	B182 B171
0604320043	LEFLUNOMIDA 20MG	112	06050069	Unidade	R\$ 0,00	31		0	130	Sim	Sim	M058 M068 M053 M052 M051 M050 M060 M072 M073 M083 M084 M081 M082 M070 M080 M089 M088
0604110049	LEUPRORRELINA 11,25MG	114	06010084	Unidade	R\$ 1.159,44	1		0	130	Sim	Sim	D252 D251 N805 D250 N808 N802 N801 E228 N804 N803 N800
0604110030	LEUPRORRELINA 3,75 MG	115	06010074	Unidade	R\$ 256,58	2		0	130	Sim	Sim	D252 D250 N808 D251 N805 N804 E228 N803 N802 N801 N800
0604500122	LEVETIRACETAM 100 MG/ML	517	06050138	Unidade	R\$ 0,00	10	0	0	130	Sim	Sim	G407 G408 G406 G405 G404 G403 G402 G401 G400
0604500092	LEVETIRACETAM 100 MG/ML	504	06050129	Unidade	R\$ 0,00	7	0	0	130	Sim	Sim	G407 G408 G403 G404 G405 G406 G400 G401 G402
0604500106	LEVETIRACETAM 250 MG	513	06050136	Unidade	R\$ 0,00	372	0	0	130	Sim	Sim	G400 G403 G404 G401 G402 G407 G408 G405 G406



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604500114	LEVETIRACETAM 750 MG	514	06050137	Unidade	R\$ 0,00	124	0	0	130	Sim	Sim	G402 G403 G400 G401 G406 G407 G404 G405 G408
0604360070	LOVASTATINA 10 MG	126	126	Unidade	R\$ 0,00	248		0	130	Sim	Sim	E781 E780 E783 E782 E785 E784 E786 E788
0604360088	LOVASTATINA 20 MG	124	124	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	E788 E783 E784 E785 E786 E780 E781 E782
0604360096	LOVASTATINA 40 MG	125	125	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E788 E786
0604540078	MEMANTINA 10 MG	505	06050130	Unidade	R\$ 0,00	62	0	40	130	Sim	Sim	G308 F001 F000 F002 G301 G300
0604010060	MESALAZINA 1000 MG	127	06010040	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	K515 K514 K511 K510 K513 K512 K518
0604010079	MESALAZINA 1G + DILUENTE 100ML	128	06010070	Unidade	R\$ 0,00	155		0	130	Sim	Sim	K514 K515 K512 K513 K510 K511 K518
0604010044	MESALAZINA 250 MG	129	06010012	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	K511 K510 K518 K512 K513 K514 K515
0604010087	MESALAZINA 3G + DILUENTE 100ML	130	06010055	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	K518 K514 K513 K515 K510 K512 K511
0604010010	MESALAZINA 400 MG	131	06010015	Unidade	R\$ 0,00	372		0	130	Sim	Sim	K511 K512 K510 K515 K513 K500 K501 K514 K518 K508
0604010052	MESALAZINA 500 MG	132	132	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518
0604010028	MESALAZINA 500 MG	133	06010008	Unidade	R\$ 0,00	310		0	130	Sim	Sim	K508 K511 K501 K510 K500 K515 K513 K514 K512 K518
0604010036	MESALAZINA 800 MG	134	06010087	Unidade	R\$ 0,00	186		0	130	Sim	Sim	K514 K513 K515 K518 K508 K500 K510 K501 K511 K512
0604410026	METADONA 10 MG	135	06022226	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	R521 R522



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604410034	METADONA 10 MG /ML	136	06022228	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	R522 R521
0604410018	METADONA 5 MG	137	06022227	Unidade	R\$ 0,00	248		0	130	Sim	Sim	R521 R522
0604280106	METILPREDINISOLONA 500 MG	138	138	Unidade	R\$ 0,00	31	0	0	130	Sim	Sim	H308 K500 Z944 Z948 K501 H201 H150 Z940 Z941 Z942 Z943 T862 H301 T861 T864 H302 K508
0604530021	METOTREXATO 2,5MG	227	06050110	Unidade	R\$ 0,00	60		0	130	Sim	Sim	M084 L408 M088 M089 M328 M348 M341 M068 M468 M321 M340 M070 M45 M072 M050 L400 L401 L404 L930 L931 M053 M052 M051 M058 M332 M330 M073 M331 M082 M083 M080 M081 M060
0604530030	METOTREXATO 25 MG/ML	139	06050112	Unidade	R\$ 0,00	5		0	130	Sim	Sim	L400 M340 M341 M068 M089 M088 M083 M082 M321 M084 L930 M060 M081 M080 L931 M328 M348 M051 L404 M052 L401 M050 M468 L408 M45 K508 M070 M332 M058 K501 M331 M073 M330 M053 M072 K500
0604320051	MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG	141	06050045	Unidade	R\$ 0,00	186		0	130	Sim	Sim	T864 Z940 Z941 T862 T861 Z944
0604320060	MICOFENOLATO DE SODIO 180 MG	142	06050030	Unidade	R\$ 0,00	310	0	0	130	Sim	Sim	Z941 T861 T862 Z940 T864 Z944
0604320078	MICOFENOLATO DE SODIO 360 MG	143	06050031	Unidade	R\$ 0,00	186	0	0	130	Sim	Sim	T862 Z944 T864 Z941 Z940 T861



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604630018	MIGLUSTATE 100 MG	449	06050051	Unidade	R\$ 0,00	93	0	18	130	Sim	Sim	E752
0604050070	MORFINA 10 MG	145	06022224	Unidade	R\$ 0,00	1860		0	130	Sim	Sim	R522 R521
0604050054	MORFINA 10 MG/ML	146	06022223	Unidade	R\$ 0,00	1860		0	130	Sim	Sim	R522 R521
0604050062	MORFINA 10 MG/ML	148	148	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	R522 R521
0604050089	MORFINA 30 MG	147	06022225	Unidade	R\$ 0,00	1240		0	130	Sim	Sim	R522 R521
0604050119	MORFINA LC 100 MG	149	149	Unidade	R\$ 0,00	93		0	130	Sim	Sim	R522 R521
0604050097	MORFINA LC 30 MG	151	151	Unidade	R\$ 0,00	279		0	130	Sim	Sim	R521 R522
0604050100	MORFINA LC 60 MG	150	150	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	R521 R522
0604720017	NAPROXENO 250 MG (POR COMPRIMIDO)	457	457	Unidade	R\$ 0,00	186	0	0	130	Sim	Sim	M088 M089 M468 M080 M081 M072 M082 M070 M083 M084 M073 M052 M051 M053 M060 M050 M032 M023 M021 M036 M45 M068 M058
0604720025	NAPROXENO 500 MG (POR COMPRIMIDO)	455	06012246	Unidade	R\$ 0,00	93	0	0	130	Sim	Sim	M083 M084 M468 M072 M073 M060 M070 M052 M080 M053 M081 M050 M051 M082 M45 M068 M088 M089 M058 M036 M023 M021 M032
0604320116	NATALIZUMABE 300MG	445	06050042	Unidade	R\$ 0,00	1	0	18	130	Sim	Sim	G35
0604790015	NUSINERSENA 2,4MG/ML SOL INJETÁVEL	510	06050140	Unidade	R\$ 0,00	3	0	0	130	Sim	Sim	G120
0604290047	OCTREOTIDA 0,1 MG / ML	152	06010179	Unidade	R\$ 28,90	1		0	130	Sim	Sim	E220
0604290012	OCTREOTIDA LAR 10 MG	153	06010166	Unidade	R\$ 2.409,26	8		0	130	Sim	Sim	E220
0604290020	OCTREOTIDA LAR 20 MG	154	06050109	Unidade	R\$ 0,00	4		0	130	Sim	Sim	E220



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604290039	OCTREOTIDA LAR 30 MG	155	06050108	Unidade	R\$ 0,00	2		0	130	Sim	Sim	E220
0604230028	OLANZAPINA 10 MG	156	06050052	Unidade	R\$ 0,00	93		0	130	Sim	Sim	F313 F314 F311 F312 F317 F200 F315 F316 F206 F205 F208 F252 F251 F202 F201 F250 F204 F203
0604230010	OLANZAPINA 5 MG	157	06050053	Unidade	R\$ 0,00	186		0	130	Sim	Sim	F208 F312 F204 F313 F205 F206 F251 F252 F311 F250 F203 F202 F201 F200 F315 F314 F317 F316
0604160011	PAMIDRONATO 30MG	158	06010063	Unidade	R\$ 0,00	3		0	130	Sim	Sim	M800 M813 M801 M814 M820 M802 M811 M821 M803 M812 M810 M808 M828 M804 M818 M805 M815 M816
0604160020	PAMIDRONATO 60 MG	159	06010062	Unidade	R\$ 0,00	1		0	130	Sim	Sim	M818 M828 M808 M801 M800 M805 M804 M803 M802 M813 M814 M815 M816 M810 M820 M811 M821 M812
0604580010	PANCREATINA 10.000 UI	162	06010060	Unidade	R\$ 0,98	3100		0	130	Sim	Sim	K860 K903 K861 E841 E848
0604580029	PANCREATINA 25.000 UI	166	06010085	Unidade	R\$ 1,93	1240		0	130	Sim	Sim	E841 E848 K861 K860 K903
0604770030	PARICALCITOL 5,0 MCG/ML 1ML	486	06050087	Unidade	R\$ 0,00	40	0	18	130	Sim	Sim	N250 E833 N180
0604560010	PENICILAMINA 250 MG	167	06010180	Unidade	R\$ 1,90	186		0	130	Sim	Sim	E830
0604730012	PILOCARPINA 20 MG/ML SOL.OFTALM.	472	06010094	Unidade	R\$ 0,00	2	0	0	130	Sim	Sim	H408 H406 H405 H404 H403 H401 H402 Q150



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604130112	PIRIDOSTIGMINA 60MG	446	06010079	Unidade	R\$ 0,00	372	0	0	130	Sim	Sim	G700
0604030045	PRAMIPEXOL 0,125 MG	170	06050096	Unidade	R\$ 0,00	1116		0	130	Sim	Sim	G20
0604030053	PRAMIPEXOL 0,25 MG	171	06050070	Unidade	R\$ 0,00	558		0	130	Sim	Sim	G20
0604030061	PRAMIPEXOL 1 MG	172	06050071	Unidade	R\$ 0,00	140	0	0	130	Sim	Sim	G20
0604360100	PRAVASTATINA 10 MG	173	173	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	E780 E781 E785 E784 E783 E782 E788 E786
0604360118	PRAVASTATINA 20 MG	174	174	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	E788 E783 E784 E785 E786 E780 E781 E782
0604360126	PRAVASTATINA 40 MG	175	175	Unidade	R\$ 0,00	31		0	130	Sim	Sim	E781 E780 E783 E782 E785 E784 E786 E788
0604150016	PRIMIDONA 100 MG	387	387	Unidade	R\$ 0,00	233		0	130	Sim	Sim	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G407 G406 G408
0604150024	PRIMIDONA 250 MG	388	06020026	Unidade	R\$ 0,00	93		0	130	Sim	Sim	G408 G407 G406 G405 G400 G401 G402 G403 G404
0604230044	QUETIAPINA 100MG	176	06050048	Unidade	R\$ 0,00	248		0	130	Sim	Sim	F202 F201 F200 F251 F206 F250 F205 F204 F252 F203 F208 F317 F311 F312 F313 F314 F315 F316
0604230052	QUETIAPINA 200MG	177	06050046	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	F311 F250 F251 F252 F315 F314 F313 F312 F317 F316 F204 F205 F202 F203 F200 F201 F208 F206
0604230036	QUETIAPINA 25 MG	178	06050047	Unidade	R\$ 0,00	992		0	130	Sim	Sim	F314 F315 F316 F317 F311 F208 F312 F313 F206 F250 F204 F205 F202 F203 F251 F200



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604230060	QUETIAPINA 300MG	373	06050139	Unidade	R\$ 0,00	62	0	0	130	Sim	Sim	F252 F201 F252 F208 F206 F205 F200 F204 F203 F202 F201 F312 F311 F314 F313 F251 F316 F250 F315 F317
0604430019	RALOXIFENO 60 MG	179	06010036	Unidade	R\$ 0,00	31		0	130	Sim	Sim	M801 M800 M810 M821 M812 M820 M811 M802 M815 M816 M803 M813 M804 M805 M814 M808 M818 M828
0604370032	RASAGILINA 1 MG (POR COMPRIMIDO)	511	06050135	Unidade	R\$ 0,00	31	0	0	130	Sim	Sim	G20
0604450010	RIBAVIRINA 250 MG	180	06050011	Unidade	R\$ 0,00	155	0	0	130	Sim	Sim	B182 B171
0604540019	RILUZOL 50 MG	181	06050082	Unidade	R\$ 0,00	62	0	0	130	Sim	Sim	G122
0604160054	RISEDRONATO 35MG COMP REV	182	06010068	Unidade	R\$ 0,00	31		0	130	Sim	Sim	M812 M813 M814 M888 M815 M816 M818 M828 M808 M880 M805 M804 M803 M802 M801 M800 M821 M820 M811 M810
0604160046	RISEDRONATO 5 MG	183	183	Unidade	R\$ 0,00	186		0	130	Sim	Sim	M808 M818 M802 M815 M803 M816 M804 M813 M805 M880 M814 M828 M888 M810 M812 M821 M820 M811 M801 M800
0604510012	RISPERIDONA 1 MG	184	06022197	Unidade	R\$ 0,10	310		0	130	Sim	Sim	F848 F845 F200 F843 F202 F201 F841 F312 F311 F317 F315 F316 F313 F314 F250 F203 F251 F204 F840 F252



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604510047	RISPERIDONA 1 MG/ML	438	06020051	Unidade	R\$ 21,41	11	0	5	130	Sim	Sim	F205 F206 F208 F841 F848 F840 F845 F843
0604510020	RISPERIDONA 2 MG	185	06021204	Unidade	R\$ 0,11	155		0	130	Sim	Sim	F311 F251 F252 F250 F848 F208 F315 F845 F314 F206 F313 F312 F200 F841 F204 F201 F205 F840 F202 F317 F843 F203 F316
0604510039	RISPERIDONA 3 MG	390	06020050	Unidade	R\$ 0,17	93		0	130	Sim	Sim	F250 F251 F252 F848 F841 F206 F840 F843 F208 F845 F311 F203 F202 F205 F204 F315 F314 F201 F313 F312 F200 F317 F316
0604680023	RITUXIMABE 500 MG- Mabthera (Roche)	417	06050062	Unidade	R\$ 0,00	4	0	18	130	Sim	Sim	M053 M068 M058 M051 M060 M052 M050
0604680031	RITUXIMABE 500 MG- Riximyo (Sandoz)	520	06050151	Unidade	R\$ 0,00	4	0	18	130	Sim	Sim	M051 M060 M050 M058 M068 M052 M053
0604130066	RIVASTIGMINA 1,5 MG	186	06050054	Unidade	R\$ 0,00	248		40	130	Sim	Sim	G301 G300 F002 F000 F001 G308
0604130139	RIVASTIGMINA 18 MG(9,5mg/24h) ADESIVO TRANSDÉRMICO	347	06050090	Unidade	R\$ 0,00	31	0	40	130	Sim	Sim	G301 F001 F002 G300 F000 G308
0604130074	RIVASTIGMINA 2,0 MG/ML	187	06020015	Unidade	R\$ 73,48	2		40	130	Sim	Sim	G308 G301 F001 F002 G300 F000
0604130082	RIVASTIGMINA 3 MG	188	06050055	Unidade	R\$ 0,00	124		40	130	Sim	Sim	G301 G300 F000 F001 G308 F002
0604130090	RIVASTIGMINA 4,5 MG	189	06050056	Unidade	R\$ 0,00	62		40	130	Sim	Sim	G308 F002 F001 F000 G301 G300
0604130104	RIVASTIGMINA 6 MG	190	06050057	Unidade	R\$ 0,00	62		40	130	Sim	Sim	F000 G301 G300 F002



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604130120	RIVASTIGMINA 9 MG(4,6mg/24h) ADESIVO TRANSDÉRMICO	487	06050089	Unidade	R\$ 0,00	31	0	40	130	Sim	Sim	F001 G308
0604260016	SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO 100 MG	191	06012188	Unidade	R\$ 5,04	13		0	130	Sim	Sim	F000 G308 G301 F001 F002 G300
0604830017	SACUBITRIL 24 MG + VALSARTANA 26 MG	413787	06010202	Unidade	R\$ 3,46	62	0	18	130	Sim	Sim	N180 N188
0604830025	SACUBITRIL 49 MG + VALSARTANA 51 MG	413788	06010203	Unidade	R\$ 3,46	62	0	18	130	Sim	Sim	I500 I501 I509
0604830033	SACUBITRIL 97 MG + VALSARTANA 103 MG	413789	06010204	Unidade	R\$ 3,46	62	0	18	130	Sim	Sim	I509 I500 I501
0604040091	SALMETEROL 50 MCG PÓ INALANTE	193	06012247	Unidade	R\$ 0,00	2		0	130	Sim	Sim	J458 J448 J441 J450 J440 J451
0604630069	SAPROPTERINA 100 MG	509	06010199	Unidade	R\$ 108,62	310	0	10	70	Sim	Sim	E701 E700
0604690029	SECUQUINUMABE 150MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	495	06050106	Unidade	R\$ 0,00	10	0	18	130	Sim	Sim	M072 L404 M073 M45 L400 L401 M468 M070 L408
0604370024	SELEGILINA 10 MG	195	06020037	Unidade	R\$ 1,21	31		0	130	Sim	Sim	G20
0604370016	SELEGILINA 5 MG	194	06020030	Unidade	R\$ 0,57	62		0	130	Sim	Sim	G20
0604400012	SEVELAMER 800 MG	197	06050012	Unidade	R\$ 0,00	279		1	130	Sim	Sim	N180 N250 E833
0604350015	SILDENAFILA 20 MG	257	06050117	Unidade	R\$ 0,00	372	0	0	130	Sim	Sim	I272 I270 I278
0604350023	SILDENAFILA 25 MG	473	06050118	Unidade	R\$ 0,00	186	0	0	130	Sim	Sim	M348 M341 M340
0604350031	SILDENAFILA 50 MG	258	06050123	Unidade	R\$ 0,00	93	0	0	130	Sim	Sim	M348 M340 M341
0604320086	SIROLIMO 1 MG	204	06050022	Unidade	R\$ 0,00	156		0	130	Sim	Sim	Z940 Z944 T861 T864
0604320094	SIROLIMO 2 MG	203	06050023	Unidade	R\$ 0,00	63		0	130	Sim	Sim	Z944 Z940 T861 T864
0604760019	SOFOSBUVIR 400 MG	479	06050077	Unidade	R\$ 0,00	31	0	12	130	Sim	Sim	B182 B171



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604760086	SOFOSBUVIR 400MG /VELPATASVIR 100MG	499	06050120	Unidade	R\$ 0,00	31	0	18	130	Sim	Sim	B171 B182
0604610025	SOMATROPINA 12 UI (CEAF)	207	06050153	Unidade	R\$ 0,00	31	0	0	130	Sim	Sim	Q964 Q962 Q963 Q960 Q961 E230 Q968
0604610033	SOMATROPINA 16UI INJETAVEL (POR FRASCO AMPOLA)	515	06050147	Unidade	R\$ 0,00	93	0	0	130	Sim	Sim	E230 Q968 Q963 Q964 Q960 Q961 Q962
0604610017	SOMATROPINA 4 U.I	206	06050143	Unidade	R\$ 0,00	93		0	130	Sim	Sim	E230 Q960 Q964 Q963 Q962 Q961 Q968
0604010095	SULFASSALAZINA 500 MG	208	06010186	Unidade	R\$ 0,00	372		0	130	Sim	Sim	K500 M072 M058 M468 M070 M053 M45 K501 M051 M052 K522 K508 M060 M068 M084 M089 M088 M080 M081 M082 K510 M083 K511 K512 M023 K513 K514 K515 M050 K518 M074 M073 M076 M075
0604340060	TACROLIMO 1 MG	209	06050026	Unidade	R\$ 0,00	930		0	130	Sim	Sim	N042 T862 N041 T861 N040 N046 N045 N044 T864 N043 N048 N047 Z940 Z941 Z944
0604340079	TACROLIMO 5 MG	210	06050033	Unidade	R\$ 0,00	248		0	130	Sim	Sim	T864 N043 N044 N045 N046 N047 N048 N042 N041 N040 Z944 T861 Z940 T862 Z941
0604540060	TAFAMIDIS 20MG	502	06050132	Unidade	R\$ 0,00	31	0	18	130	Sim	Sim	E851
0604240023	TALIGLUCERASE ALFA 200 UI	439	06050035	Unidade	R\$ 0,00	60	0	4	130	Sim	Sim	E752
0604460058	TENOFOVIR 300MG	328	06050013	Unidade	R\$ 0,00	31		13	130	Sim	Sim	B181 B180
0604540043	TERIFLUNOMIDA 14 MG (POR	494	06050101	Unidade	R\$ 0,00	31	0	18	130	Sim	Sim	G35



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
	COMP)											
0604740018	TIMOLOL 5,0 MG/ML SOL. OFTALM.	474	06010095	Unidade	R\$ 0,00	1	0	0	130	Sim	Sim	Q150 H408 H406 H405 H404 H403 H402 H401
0604810016	TOBRAMICINA INALATÓRIA 300 MG	295	06050149	Unidade	R\$ 0,00	56	0	0	130	Sim	Sim	E848 E840
0604690010	TOCILIZUMABE 20 MG/ML INJETAVEL (FRASCO AMPOLA)	456	06050063	Unidade	R\$ 0,00	30		0	130	Sim	Sim	M068 M081 M051 M050 M082 M053 M080 M052 M060 M083 M084 M089 M088 M058
0604320159	TOFACITINIBE, CITRATO 5MG (POR COMP)	489	06050094	Unidade	R\$ 0,00	62	0	18	130	Sim	Sim	M058 M068 M050 M060 M051 M072 M073 M070 M052 M053
0604490020	TOLCAPONA 100 MG	211	06020031	Unidade	R\$ 3,15	186		0	130	Sim	Sim	G20
0604500084	TOPIRAMATO 100MG	215	06020006	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	G401 G400 G403 G402 G405 G404 G407 G406 G408
0604500068	TOPIRAMATO 25 MG	213	06020004	Unidade	R\$ 0,00	496		0	130	Sim	Sim	G400 G401 G408 G407 G406 G405 G404 G403 G402
0604500076	TOPIRAMATO 50 MG	214	06020005	Unidade	R\$ 0,00	248		0	130	Sim	Sim	G403 G404 G401 G400 G402 G407 G408 G405 G406
0604550014	TOXINA BOTULINICA TIPO A(H) 100 U	216	06050072	Unidade	R\$ 0,00	8		0	130	Sim	Sim	G821 G518 I693 I694 I691 I692 I690 G513 G824 G802 I698 G800 G801 T905 T908 G243 G245 G244 G811 G041 G248
0604550022	TOXINA BOTULINICA TIPO A(H) 500 U	217	06050091	Unidade	R\$ 0,00	5		0	130	Sim	Sim	G802 G801 G800 G518 G513 G041 G821 G824 G811 I692 I693 I690 I691



FE 19 PM Siqueira Campos

Relação de Procedimentos
Unidade de Assistência FE 19 PM Siqueira Campos

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604650035	Travoprostá 0,04mg/ml solução oftálmica 2,5ml	353	06050104	Unidade	R\$ 0,00	1		0	130	Sim	Sim	I694 I698 G244 G243 G248 G245 T908 T905
0604630077	TRIENTINA 250 MG (POR CAPSULA)	512	06050141	Unidade	R\$ 0,00	248	0	0	130	Sim	Sim	H408 H404 H403 H406 Q150 H405 H402 H401
0604070012	TRIXIFENIDILA 5 MG	218	06020033	Unidade	R\$ 0,20	93		0	130	Sim	Sim	E830
0604110065	TRIPOTORRELINA 11,25MG	374	06010075	Unidade	R\$ 1.103,92	1		0	130	Sim	Sim	G20
0604110057	TRIPOTORRELINA 3,75MG	219	06010076	Unidade	R\$ 350,74	2		0	130	Sim	Sim	E228 N800 N802 N801 N804 D251 N803 D250 N805 D252 N808
0604690037	USTEQUINUMABE 45 MG/0,5ML SOL INJ (P/SER	516	06050148	Unidade	R\$ 0,00	4	0	0	130	Sim	Sim	N804 N805 E228 N808 D250 N802 N803 N800 D251 D252 N801
0604320167	VEDOLIZUMABE 300MG	413817	06050156	Unidade	R\$ 0,00	2	0	18	130	Sim	Sim	L408 L400 L404 L401
0604190018	VIGABATRINA 500 MG	220	06022192	Unidade	R\$ 0,00	186		0	130	Sim	Sim	K510 K518 K515 K513 K512
0604210019	ZIPRASIDONA 40MG	221	06050084	Unidade	R\$ 0,00	124	0	0	130	Sim	Sim	G402 G403 G400 G401 G406 G407 G404 G405 G408
0604210027	ZIPRASIDONA 80MG	222	06050083	Unidade	R\$ 0,00	62	0	0	130	Sim	Sim	F200 F251 F202 F250 F201 F204 F203 F206 F205 F208 F252
												F208 F205 F204 F252 F251 F206 F250 F201 F200 F203 F202