



Saúde

Prefeitura de
Ulianópolis
uma cidade de todos

CNPJ 11.413.842/0001-91



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO

1.1. O Objeto deste procedimento é a:

CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NO FORNECIMENTO CONTÍNUO DE MEDICAMENTOS, PARA ATENDER AS DEMANDAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ULIANÓPOLIS.

1.2. As especificações e os quantitativos dos medicamentos estão descritos no anexo único deste Termo de Referência.

2. JUSTIFICATIVA

2.1. Da aquisição.

Os medicamentos que se pretende adquirir são destinados a atender à população da zona urbana quanto na zona rural de Ulianópolis, mediante a constatação da necessidade de reposição de estoque, de modo a suprir as necessidades da SMSU.

2.2. Da quantidade e especificações.

Os quantitativos dos medicamentos a serem adquiridos e suas especificações levam em consideração a média de consumo dos anos anteriores e projeção da futura demanda por um prazo de 12 (doze meses), e serão entregues parceladamente conforme a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde de Ulianópolis/PA (SMSU), de acordo com o previsto no art. 15, § 7º, da Lei Federal nº 8.666/93.

3. INFORMAÇÕES PARA A LICITAÇÃO

3.1. O Objeto desse Termo de Referência enquadra-se na categoria de bens comuns, de que, trata a Lei Federal nº 10.520/2002, sendo possível e viável ser realizada pela modalidade de Pregão.

3.2. A licitação deverá ser feita na forma de Pregão Eletrônico, conforme o que estabelece o Decreto Federal nº 10.024, de 20 de setembro de 2019.

3.3. Preferencialmente deverá ser utilizado o Critério de Julgamento de Menor Preço por Item, uma vez que apresenta ser o mais vantajoso para a Administração Pública.

4. REFERENTE À QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

4.1. Sem prejuízo das previsões editalícias, a qualificação técnica das Licitantes será comprovada por no mínimo:

4.1.1. Declaração de Adimplência emitida pela própria Secretaria Municipal de Saúde de Ulianópolis – SMSU.

a) Para obtenção desta Carta a Interessada deverá solicitar sua emissão junto à SMSU, através do endereço eletrônico



Saúde

Prefeitura de
Ulianópolis
Uma cidade de todos

CNPJ 11.413.842/0001-91



smsuln@outlook.com ou via protocolo na sede da SEMS localizada na Av. Paraíba, nº 442 Bairro: Caminho das Árvores, CEP: 68.632-000, Ulianópolis/PA, de segunda-feira à sexta-feira, em horário comercial.

b) A solicitação deverá ser feita via ofício, em papel timbrado próprio, e deverá contendo no mínimo os seguintes dados: Nome da empresa interessada; CNPJ/MF; endereço; formas de contato (número de telefone fixo, celular, e-mail, etc.); nome, contato, identificação e assinatura do responsável pelo pedido; identificação do certame que pretende participar.

4.1.2. Alvará Sanitário, emitido pelo Órgão competente, que comprove que a Empresa licitante foi vistoriada pelo serviço de Vigilância Sanitária Estadual ou Municipal.

4.1.3. Autorização de Funcionamento da Empresa (AFE), emitido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, para fins de comprovação de permissão de funcionamento de empresas ou estabelecimentos.

5. DA EXECUÇÃO DO FORNECIMENTO

5.1. Para fornecimento das quantidades que serão adquiridas proceder-se-á mediante a autorização prévia da Contratante, da seguinte forma:

5.1.1. Os medicamentos serão entregues na sede da Secretaria Municipal de Saúde de Ulianópolis, localizada na Av. Paraíba, nº-442, Bairro: Caminho das Águas, CEP: 68.632-000, Ulianópolis/PA, no horário de 08:00h as 12:00h ou das 14:00h as 18:00h, de forma parcelada de acordo com as quantidades e especificações descritas na Ordem de Compra.

5.1.2. A embalagem dos medicamentos a serem fornecidos devem atender ao disposto na legislação vigente e às especificações da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, as Normas e Legislações aplicáveis.

5.1.3. Os medicamentos estarão sujeitos à aceitação da Contratante, a qual caberá o direito de recusar, caso o(s) medicamentos não estejam de acordo com o especificado.

6. DO PRAZO DE VALIDADE

6.1. Todos os medicamentos deverão estar dentro do prazo de validade de segurança específica do laboratório fabricante e/ou de regulamentação da ANVISA.

6.2. Todos os medicamentos deverão ter garantia mínima do laboratório de 1 (um) ano, a depender do caso, a contar do seu recebimento definitivo.



Saúde



Prefeitura de
Ulianópolis
uma cidade de todos

CNPJ 11.413.842/0001-91



6.3. Ficam excetuados do subitem 6.2 os medicamentos que por sua composição necessitam de prazo de validade menor.

7. DO PRAZO DE ENTREGA E CRITÉRIOS DE RECEBIMENTO

7.1. O prazo para a entrega deverá ser até 15 (quinze) dias úteis após o recebimento da Ordem de Compra, que será expedido pelo setor de compras da Secretaria Municipal de Saúde.

7.2. Serão recebidos provisoriamente por servidor designado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ulianópolis – SMSU.

7.2.1. O recebimento provisório dos produtos não implica na aceitação dos mesmos;

7.2.2. Os itens que estiverem em desacordo com as especificações exigidas neste Termo de Referência, apresentarem vício de qualidade ou impropriedade para o uso, serão recusados e devolvidos parcial ou totalmente, conforme o caso, ficando a Contratada obrigada a substituí-los no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, contados do ato da recusa, sob pena de incorrer em atraso quanto ao prazo de execução;

7.2.3. O(a) servidor(a) designado(a) poderá solicitar a substituição de um produto por outro em caso de avaria de embalagens, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, contados a partir do recebimento daquele que foi devolvido;

7.3. Somente após a verificação do enquadramento do produto entregue com as especificações definidas neste Termo de Referência, dar-se-á o recebimento definitivo por servidor responsável.

7.3.1. O recebimento definitivo não isenta a empresa contratada de reponsabilidades futuras quanto à qualidade e vícios ocultos do produto entregue;

7.3.2. Testes realizados na fase de entrega não impedirão a realização de testes futuros, quando houver suspeita de que o produto seja falsificado ou apresente vício oculto;

7.3.3. A Administração poderá solicitar testes dos medicamentos junto aos seus fabricantes, para verificar a legitimidade dos mesmos.

7.3.3.1. Se verificada a inadequação do produto ou sua falsidade, será feita notificação da empresa para que se proceda a substituição, no prazo máximo de até 5 (cinco) dias úteis.

7.3.3.2. Caso não seja realizada a substituição, a empresa ficará sujeita às penalidades previstas na Lei Federal nº 8.666/93.

7.3.3.3. Se for declarada pelo fabricante a falsidade, independente da substituição, os produtos ficarão retidos, para que se proceda a responsabilidade criminal, prevista no Decreto Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 e as legislações especiais, a depender do caso concreto.

7.3.4. O aceite do(s) medicamento(s) pela Contratante não exclui a responsabilidade civil do fornecedor por vícios de quantidade ou qualidade do(s) medicamento(s) ou disparidades com as especificações estabelecidas neste Termo de Referência.

8. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

8.1. O contrato terá vigência de 12 (doze) meses, a contar a partir da data de sua assinatura.

8.2. Admitir-se-á a prorrogação contratual por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, por meio de termos aditivos, convindo as partes contratantes, nos termos do Art. 57, da Lei Federal nº 8.666/93.

8.2.1. A formalização do Termo Aditivo de prorrogação de vigência deverão ser preenchida com as seguintes condições:

8.2.1.1. Existir o interesse da Administração Pública;

8.2.1.2. O fornecimento fazer parte da atividade precípua do órgão contratante;

8.2.1.3. A obtenção de preços e condições mais vantajosas para a Administração;

8.2.1.4. A prorrogação estar limitada a 60 (sessenta) meses;

8.2.1.5. Existir a previsão de dotação orçamentária;

8.2.1.6. Cumprir outras observações preceituadas pelo inciso II do caput c/c o §2º, ambos do art. 57, da Lei Federal nº 8.666/93.

8.3. Nos casos permitidos por lei o Contrato será substituído por outros instrumentos hábeis, tais como nota de empenho de despesa e autorização de compra.

9. DO REAJUSTE/REACTUAÇÃO

9.1. Excetuadas as excepcionalidades legais e alteração no objeto, o Contrato somente será reajustado para fins de atualização monetária após 12 (doze) mês da contratação.

9.2. O valor dos serviços será reajustado com base na variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor - INPC, divulgado pelo IBGE ou por outro indicador que venha a substituí-lo.

9.3. Nas hipóteses de revisão serão aplicadas as disposições legais cabíveis ao caso concreto.

10. DA RESCISÃO

10.1. O Contrato poderá ser rescindido, nos seguintes casos:

10.1.1. Unilateralmente, pela Contratante, nos casos enumerados no inciso I, do art. 79, da Lei Federal nº 8.666/93;

10.1.2. Amigavelmente, por acordo entre as partes, desde que haja conveniência à Administração;

10.1.3. Judicialmente, nos termos da legislação processual.

11. DO PAGAMENTO

11.1. O pagamento será efetuado pela Contratante através de transferência bancária à Contratada, entre os dias 11 e 20 do mês subsequente da apresentação da Nota Fiscal contendo os fornecimentos executados devidamente atestados pelo Fiscal do Contrato.

11.2. A Contratada deverá apresentar juntamente com o documento de cobrança a comprovação de que cumpriu as seguintes exigências, cumulativamente:

- a) Certificado de Regularidade do FGTS – CRF;
- b) Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União Certidão de regularidade com a Fazenda Federal;
- c) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
- d) Certidão Estadual Negativa de Natureza não Tributária e Tributária.

11.3. Havendo erro na Nota Fiscal, recusa de recebimento ou outra circunstância que desaprove a liquidação da despesa, ou ainda não acompanhada das certidões previstas nas letras "a" a "d" do subitem 11.2, a mesma ficará pendente e o pagamento susinado até que a Contratada aplique as medidas saneadoras necessárias.

12. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

12.1. Prestar as informações e esclarecimentos pertinentes que venham a ser solicitados.

12.2. Mensurar, quantificar e precificar quaisquer danos causados ao patrimônio público, quando tenham sido causados pelos colaboradores da Contratada durante o processo de execução do Contrato, para se for o caso, fazer a retenção desses valores por ocasião dos pagamentos, se aplicada à penalidade prevista no Contrato.

12.3. Comunicar oficialmente à Contratada quaisquer falhas verificadas que venham a infringir cláusulas contratuais, especialmente no que se refere às obrigações da Contratada previstas no item anterior.

12.4. Reter, por ocasião de cada pagamento, os valores de cada penalidade, caso venham a ser aplicadas de acordo com o previsto no Contrato.

13. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA



Saúde



Prefeitura de
Ulianópolis
Uma cidade de todos

CNPJ 11.413.842/0001-91



13.1. Realizar o fornecimento do Objeto conforme previsto neste Termo e nas cláusulas contratuais, com todo zelo, diligência e honestidade, observada a legislação vigente, resguardando os interesses da SMSU.

13.2. A(s) Nota(s) Fiscal(is) de Venda(s) deverá(ão) ser emitida(s) conforme os produtos entregues.

13.3. A Contratada fica obrigada a efetuar a qualquer tempo e a critério da SMSU, a adequação dos fornecimentos que, por ventura apresentarem divergências com as especificações definidas em Contrato, sem qualquer ônus para esta Municipalidade,

13.4. Serão de inteira responsabilidade da Empresa contratada, as despesas decorrentes de sua execução, caso seja necessária, nos prazos estabelecidos.

14. DA SUBCONTRATAÇÃO

14.1. Em consonância com o caput, do art. 78, da Lei Federal nº- 8.666/93, não será admitida a subcontratação do objeto da licitação, salvo com o consentimento da Contratada.

15. DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

15.1. O(a) representante da SMSU que atuará como Fiscal do Contrato será aquele a ser designado pela Autoridade competente.

16. DAS SANSÕES

16.1. Pelo inadimplemento das obrigações, seja na condição de participante, a Contratada estará sujeita às penalidades previstas nas Leis Federais nº 8.666/93 e nº 8.078/90, e nas demais legislações aplicáveis.

17. DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS

17.1. As Dotações Orçamentárias para fazer frente às futuras obrigações estão identificadas nos itens da tabela do anexo único deste TR.

Ulianópolis/PA, 16 de janeiro de 2023.


ADONIAS CORRÊA DA SILVA

Secretário Municipal de Saúde
Decreto Municipal 009/2021



Saúde

Prefeitura de
Ulianópolis
Uma cidade de todos



CNPJ 11.413.842/0001-91

ANEXO ÚNICO MEDICAMENTOS

ITEM	DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	FORMA FARMACÊUTICA	QUANT. TOTAL	QUANT. POR DOTAÇÃO ORÇ.*
					DOT. - QUANT.
001	ACEBROFILINA XAROPE 120 ML	10 MG/ML	XAROPE	8.000	1-4.000 2-200 3-3.800
002	ACEBROFILINA XAROPE 120 ML	5 MG/ML	XAROPE	8.000	1-4.000 2-200 3-3.800
003	ACETATO DE BETAMETASONA + FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA	3 MG/ML + 3 MG/ML	SUSPENSÃO INJETÁVEL	2.500	1-300 2-2.000 5-200
004	ACETATO DE HIDROCORTISONA	10 MG/G (1%)	CREME	4.000	1-1.500 3-1.500 5-500
005	ACETATO DE SÓDIO	2 mEq/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	2.000	2-2.000
006	ACETAZOLAMIDA	250 MG	COMPRIMIDO	5.000	1-2.000 3-3.000
007	ACETAZOLAMIDA	200 MG	COMPRIMIDO	5.000	1-2.000 3-3.000
008	ACICLOVIR	200 MG	COMPRIMIDO	8.000	1-4.000 3-4.000
009	ACICLOVIR	50 MG/G (5%)	CREME	1.000	1-500 3-500
010	ACICLOVIR	250 MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	200	1-100 3-100
011	ÁCIDO ACETILSALICILICO	500 MG	COMPRIMIDO	6.000	1-2.000 3-4.000
012	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	100 MG	COMPRIMIDO	200.000	1-40.000 2-10.000 3-150.000
013	ÁCIDO ASCORBICO (VITAMINA C)	100 MG/ML C/ 5 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	20.000	1-8.000 2-12.000
014	ÁCIDO FÓLICO	5 MG	COMPRIMIDO	200.000	1-50.000 3-150.000
015	ÁCIDO FÓLICO COM 30 ML	0,2 MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	750	1-250 3-500
016	ÁCIDO SALICÍLICO	50 MG/G (5%) (FN) *	POMADA	300	3-300
017	ÁCIDO TRANEXAMICO	50 MG/ML C/5 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	5.000	1-1.000 2-4.000
018	ADENOSINA	3 MG/ML C/2ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	1.000	2-1.000
019	ÁGUA PARA INJETÁVEIS	COM 10 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	24.000	1-10.000 2-12.000 5-2.000
020	ÁGUA PARA INJETÁVEIS	COM 100 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	3.000	1-1.000 2-2.000
021	ÁGUA PARA INJETÁVEIS	COM 1000 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	3.000	1-1.000 2-2.000
022	ALBENDAZOL	40 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	14.000	1-4.000 3-10.000



Saúde

Prefeitura de
Ulianópolis

Uma cidade de todos

CNPJ 11.413.842/0001-91



023	ALBENDAZOL	400 MG	COMPRIMIDO MASTIGÁVEL	30.000	1-10.000 3-20.000
024	ALBUMINA HUMANA	0,2G/ML (20%)	SOLUÇÃO INJETÁVEL	200	2-200
025	ALENDRONATO DE SÓDIO	70 MG	COMPRIMIDO	5.400	1-1.400 3-4.000
026	ALENDRONATO DE SÓDIO	10 MG	COMPRIMIDO	5.400	1-1.400 3-4.000
027	ALOPURINOL	300 MG	COMPRIMIDO	8.000	1-3.000 3-5.000
028	ALOPURINOL	100 MG	COMPRIMIDO	8.000	1-3.000 3-5.000
029	AMBROXOL, CLORIDRATO 100 ML	3 MG/ML	XAROPE	10.000	1-4.000 2-200 3-5.800
030	AMBROXOL, CLORIDRATO 100 ML	6 MG/ML	XAROPE	10.000	1-4.000 2-200 3-5.800
031	AMICACINA	500 MG/2 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	2.000	1-500 2-1.500
032	AMICACINA	50 MG/ML C/2 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	2.000	1-500 2-1.500
033	AMINOFILINA	24 MG/ML C/20 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	1.200	1-200 2-1.000
034	AMOXICILINA	50 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	14.000	1-3.000 2-1.000 3-10.000
035	AMOXICILINA	500 MG	COMPRIMIDO	240.000	1-10.000 2-5.000 3-225.000
036	AMOXICILINA+CLAVULANATO DE POTÁSSIO	500 MG+125 MG	COMPRIMIDO	1.800	1-800 3-1.000
037	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO	50 MG/ML + 12,5 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	2.000	1-800 3-1.200
038	AMPICILINA	1G	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	5.000	1-500 2-4.500
039	ANLÓDIPINO	10 MG	COMPRIMIDO	140.000	1-40.000 3-100.000
040	ANLÓDIPINO	5 MG	COMPRIMIDO	140.000	1-40.000 3-100.000
041	ATENÓLÓL	50 MG	COMPRIMIDO	60.000	1-10.000 3-50.000
042	ATENÓLÓL	100 MG	COMPRIMIDO	40.000	1-10.000 3-30.000
043	AZITROMICINA	500 MG	COMPRIMIDO	100.000	1-40.000 3-60.000
044	AZITROMICINA	40 MG/ML	PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	8.000	1-3.000 3-5.000
045	BACLOFENO	10 MG	COMPRIMIDO	10.000	1-2.000 2-8.000
046	BENZOATO DE BENZILA	250 MG/ML	EMULSÃO TÓPICA	2.400	1-2.000 2-400
047	BENZOATO DE BENZILA	100 MG/G	SABONETE	1.500	1-1.000
048	BENZILPENICILINA BENZATINA	600.000 UI	SUSPENSÃO INJETÁVEL	9.500	1-3.500 3-6.000



Saúde

Prefeitura de Ulianópolis

Uma cidade de todos

CNPJ 11.413.842/0001-91



049	BENZILPENICILINA BENZATINA	1.200.000 UI	SUSPENSÃO INJETÁVEL	15.600	1-3.600 3-12.000
050	BENZILPENICILINA POTÁSSICA	5.000.000 UI	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	5.000	2-3.000 3-2.000
051	BENZILPENICILINA PROCAÍNA + BENZILPENICILINA POTÁSSICA	300.000 UI +100.000 UI	PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL	9.500	2-7.500 3-2.000
052	BESILATO DE ATRACÚRIO	10 MG/ML C/2,5 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	200	2-200
053	BESILATO DE ATRACÚRIO	10 MG/ML C/5 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	200	2-200
054	BICARBONATO DE SÓDIO	1 mEq/mL (8,4%)	SOLUÇÃO INJETÁVEL	2.800	2-2.800
055	BROMETO DE IPRATRÓPIO	0,25 MG/ML	SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO	2.000	1-800 3-1.200
056	BROMETO DE IPRATRÓPIO	20 MCG/DOSE	SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO ORAL	800	1-200 3-600
057	BROMETO DE ROCURÔNIO	10 MG/ML C/5 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	200	2-200
058	BROMIDRATO DE FENOTEROL FRASCO COM 20 ML	5 MG /ML	SOLUÇÃO ORAL GOTAS	200	1-80 2-120
059	BROMOPRIDA	10 MG/2 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	2.000	2-2.000
060	BROMOPRIDA	10 MG	CÁPSULA	12.000	1-8.000 2-4.000
061	BROMOPRIDA	1 MG/ML C/120 ML	SOLUÇÃO ORAL	200	1-80 2-120
062	BUDESONIDA	32 MCG	SUSPENSÃO PARA INALAÇÃO NASAL	1.000	1-400 3-600
063	BUDESONIDA	50 MCG/	SUSPENSÃO PARA INALAÇÃO NASAL	1.000	1-400 3-600
064	BUDESONIDA	64 MCG	SUSPENSÃO PARA INALAÇÃO NASAL	1.000	1-400 3-600
065	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA	10 MG	SUSPENSÃO ORAL	3.000	1-2.000 2-1.000
066	CABERGOLINA	0,5 MG	COMPRIMIDO	2.000	1-1.000 2-1.000
067	CAPTOPRIL	25 MG	COMPRIMIDO	100.000	1-20.000 2-10.000 3-70.000
068	CARBAMAZEBINA	400 MG	COMPRIMIDO	20.000	1-6.000 2-14.000
069	CARBAMAZEPINA	200 MG	COMPRIMIDO	120.000	1-40.000 2-80.000
070	CARBAMAZEPINA	20 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	1.200	1-400 2-800
071	CARBONATO DE CÁLCIO + COLECALCIFEROL	1.200MG (500MG DE CÁLCIO) + 400UI	COMPRIMIDO	14.000	1-4.000 3-10.000
072	CARBONATO DE CÁLCIO + COLECALCIFEROL	1.500MG (600MG DE CÁLCIO) + 400UI	COMPRIMIDO	9.000	1-3.000 3-6.000
073	CARBONATO DE LÍTIO	300 MG	COMPRIMIDO	40.000	1-5.000 2-15.000 3-20.000
074	CARVÃO VEGETAL ATIVADO+NITRATO DE PRATA	120 G/M2+0,15%	PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	300	2-150 3-150
075	CARVEDILOL	25 MG	COMPRIMIDO	20.000	1-8.000 3-12.000
076	CARVEDILOL	3,125MG	COMPRIMIDO	20.000	1-8.000 3-12.000



Saúde

Prefeitura de
Ulianópolis
Uma cidade de todos

CNPJ 11.413.842/0001-91



077	CARVEDIOL	6,25 MG	COMPRIMIDO	20.000	1-8.000 3-12.000
078	CARVEDIOL	12,5 MG	COMPRIMIDO	20.000	1-8.000 3-12.000
079	CEFALEXINA	50 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	10.000	1-3.000 3-7.000
080	CEFALEXINA	500 MG	COMPRIMIDO	200.000	1-40.000 3-160.000
081	CEFALOTINA	1G	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	5.000	2-4.000 4-1.000
082	CEFTRIAXONA	1 G	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	21.000	1-1.000 2-10.000 3-10.000
083	CEFTRIAXONA	500 MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	6.000	2-3.000 3-3.000
084	CEFTRIAXONA	250 MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	6.000	2-3.000 3-3.000
085	CETOCONAZOL	20 MG/G (2%)	XAMPU	2.000	1-400 3-1.600
086	CETOCONAZOL	20 MG/G	CREME	5.000	1-4.500 4-500
087	CETOCONAZOL	200 MG	COMPRIMIDO	30.000	1-25.000 4-5.000
088	CETOPROFENO	100 MG EV	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	5.000	1-500 2-4.500
089	CETOPROFENO	50 MG/ML C/2 ML IM	SOLUÇÃO INJETÁVEL	5.000	1-1.500 2-3.500
090	CETOPROFENO	150 MG	COMPRIMIDO	20.000	1-15.000 2-5.000
091	CIANOCOBALAMINA	1.000 MCG	SOLUÇÃO INJETÁVEL	500	2-200 3-300
092	CINARIZINA	25 MG	COMPRIMIDO	15.000	1-12.000 2-3.000
093	CIMETIDINA	150 MG/ML C/2 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	20.000	1-2.000 3-18.000
094	CIMETIDINA	200 MG	COMPRIMIDO	30.000	1-20.000 2-10.000
095	CIPROFLOXACINO	500 MG	COMPRIMIDO	140.000	1-40.000 3-100.000
096	CIPROFLOXACINO	250 MG	COMPRIMIDO	37.000	1-17.000 3-20.000
097	CIPROFLOXACINO	200 MG/100 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	3.000	2-3.000
098	CITALOPRAM	20 MG	COMPRIMIDO	20.000	1-2.000 2-18.000
099	CLARITROMICINA	500 MG	COMPRIMIDO	3.000	1-1.000 3-2.000
100	CLARITROMICINA	250 MG	COMPRIMIDO	2.000	1-500 3-1.500
101	CLARITROMICINA	50 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	1.000	1-200 3-800
102	CLONAZEPAM	2,5 MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	1.400	1-400 3-1.000
103	CLONAZEPAM	2 MG	COMPRIMIDO	20.000	1-2.000 2-18.000



Saúde

Prefeitura de
Ulianópolis
Uma cidade de todos



CNPJ 11.413.842/0001-91

104	CLOPIDOGREL	75 MG	COMPRIMIDO	3.000	2-3.000
105	CLORANFENICOL	250 MG	COMPRIMIDO	10.000	1-2.000 3-8.000
106	CLORANFENICOL	1000 MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	3.000	2-3.000
107	CLORETO DE POTÁSSIO COM 10 ML	2,56 mEq/mL (19,1%)	SOLUÇÃO INJETÁVEL	4.000	1-1.000 2-1.000 3-2.000
108	CLORETO DE POTÁSSIO COM 10 ML	3,4 mEq/mL (20%)	SOLUÇÃO INJETÁVEL	4.000	1-1.000 2-1.000 3-2.000
109	CLORETO DE POTÁSSIO COM 10 ML	10%	SOLUÇÃO INJETÁVEL	2.000	2-2.000
110	CLORETO DE SÓDIO	0,9% (9mg/ml)	SOLUÇÃO NASAL	4.000	1-2.000 3-2.000
111	CLORETO DE SÓDIO COM 10 ML	0,9% (0,154mEq/ml)	SOLUÇÃO INJETÁVEL	4.000	1-2.000 2-2.000
112	CLORETO DE SÓDIO COM 100 ML (SORO FISIOLÓGICO)	0,90%	SOLUÇÃO INJETÁVEL	16.000	1-5.000 2-5.000 3-5.000 5-1.000
113	CLORETO DE SÓDIO COM 10 ML	10%	SOLUÇÃO INJETÁVEL	2.000	1-500 2-1.500
114	CLORETO DE SÓDIO COM 250 ML (SORO FISIOLÓGICO)	0,90%	SOLUÇÃO INJETÁVEL	15.000	1-5.000 2-5.000 3-4.000 5-1.000
115	CLORETO DE SÓDIO COM 500 ML (SORO FISIOLÓGICO)	0,90%	SOLUÇÃO INJETÁVEL	48.000	1-10.000 2-20.000 3-15.000 5-3.000
116	CLOREXIDINA ALCOÓLICA COM 1LITRO	0,5%	SOLUÇÃO PARA USO TÓPICO	300	1-50 2-200 4-50
117	CLOREXIDINA AQUOSA COM 1LITRO	0,2%	SOLUÇÃO PARA USO TÓPICO	300	1-50 2-200 4-50
118	CLOREXIDINA AQUOSA COM 1LITRO	1,0%	SOLUÇÃO PARA USO TÓPICO	300	1-50 2-200 4-50
119	CLOREXIDINA DEGERMANTE COM 1LITRO	2,0%	SOLUÇÃO PARA USO TÓPICO	300	1-50 2-200 4-50
120	CLOREXIDINA DEGERMANTE COM 1LITRO	4,0%	SOLUÇÃO PARA USO TÓPICO	300	1-50 2-200 4-50
121	CLOREXIDINA TÓPICO COM 1LITRO	1,0%	SOLUÇÃO PARA USO TÓPICO	300	1-50 2-200 4-50
122	CLORIDRATO DE AMIODARONA	200 MG	COMPRIMIDO	4.000	1-1.000 2-2.000 3-1.000
123	CLORIDRATO DE AMIODARONA	50 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	5.000	2-3.000 3-2.000
124	CLORIDRATO DE AMITRIPTILINA	25 MG	COMPRIMIDO	80.000	1-20.000 2-30.000



Saúde

Prefeitura de
Ulianópolis

Uma cidade de todos

CNPJ 11.413.842/0001-91



					3-30.000
125	CLORIDRATO DE AMITRIPTILINA	75 MG	COMPRIMIDO	24.000	1-4.000 2-10.000 3-10.000
126	CLORIDRATO DE BIPERIDENO	2 MG	COMPRIMIDO	30.000	1-5.000 2-10.000 3-15.000
127	CLORIDRATO DE BIPERIDENO	4 MG	COMPRIMIDO	16.000	1-3.000 2-6.000 3-7.000
128	CLORIDRATO DE BUPIVACAÍNA	5 MG/ML (0,50%)	SOLUÇÃO INJETÁVEL	2.000	2-1.000 3-1.000
129	CLORIDRATO DE BUPIVACAÍNA	2,5 MG/ML (0,25%)	SOLUÇÃO INJETÁVEL	2.000	2-1.000 3-1.000
130	CLORIDRATO DE BUPROPIONA	150 MG	COMPRIMIDO	20.000	1-2.000 2-18.000
131	CLORIDRATO DE CLOMIPRAMINA	25 MG	COMPRIMIDO	10.000	1-2.000 3-8.000
132	CLORIDRATO DE CLOMIPRAMINA	10 MG	COMPRIMIDO	8.000	1-2.000 3-6.000
133	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA	100 MG	COMPRIMIDO	30.000	1-10.000 2-10.000 3-10.000
134	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA	25 MG	COMPRIMIDO	30.000	1-10.000 2-10.000 3-10.000
135	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA	40 MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	800	1-200 2-300 3-300
136	CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA	5 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	800	2-400 3-400
137	CLORIDRATO DE DEXMEDETOMIDINA	100 MCG/ML C/2 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	500	2-500
138	CLORIDRATO DE DEXTROCETAMINA	50 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	500	2-500
139	CLORIDRATO DE DOBUTAMINA	12,5MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	2.500	2-1.000 3-1.500
140	CLORIDRATO DE DOPAMINA	5 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	2.800	2-1.000 3-1.800
141	CLORIDRATO DE ETILEFRINA	10 MG/ML C/1 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	2.000	2-2.000
142	CLORIDRATO DE FLUOXETINA	20 MG	CÁPSULA	80.000	1-20.000 2-30.000 3-30.000
143	CLORIDRATO DE HIDRALAZINA	25 MG	COMPRIMIDO	6.000	1-2.000 3-4.000
144	CLORIDRATO DE HIDRALAZINA	50 MG	COMPRIMIDO	5.400	1-1.400 3-4.000
145	CLORIDRATO DE HIDRALAZINA	20 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	3.000	2-3.000
146	CLORIDRATO DE IMIPRAMINA	25 MG	COMPRIMIDO	15.000	1-5.000 2-10.000
147	CLORIDRATO DE ISOXSUPRINA	10 MG/2 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	2.000	2-2.000
148	CLORIDRATO DE ISOXSUPRINA	10 MG	COMPRIMIDO	4.000	2-4.000
149	CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA	20 MG/G (2%)	GEL	1.000	1-200 2-300 3-300



Saúde

Prefeitura de
Ulianópolis
Uma cidade de todos



CNPJ 11.413.842/0001-91

					5-200
150	CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA + GLICOSE	50 MG/ML + 75 MG/ML (5% + 7,5%)	SOLUÇÃO INJETÁVEL	1.800	2-800 3-1.000
151	CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA COM 20 ML	10 MG/ML (1%)	SOLUÇÃO INJETÁVEL	3.000	2-3.000
152	CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA S/ VASOCONSTRITOR COM 20 ML	20 MG/ML (2%)	SOLUÇÃO INJETÁVEL	7.000	1-1.000 2-3.000 3-3.000
153	CLORIDRATO DE METFORMINA	850 MG	COMPRIMIDO	100.000	1-30.000 3-70.000
154	CLORIDRATO DE METFORMINA	500 MG	COMPRIMIDO	40.000	1-10.000 3-30.000
155	CLORIDRATO DE METILFENIDATO	10 MG	COMPRIMIDO	15.000	1-2.000 2-13.000
156	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA	10 MG	COMPRIMIDO	60.000	1-10.000 2-10.000 3-40.000
157	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA	4 MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	6.000	1-2.000 2-1.000 3-3.000
158	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA	5 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	45.000	1-10.000 2-15.000 3-20.000
159	CLORIDRATO DE NALOXONA	0,4 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	400	2-400
160	CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA	10 MG	CÁPSULA	20.000	1-6.000 2-6.000 3-8.000
161	CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA	25 MG	CÁPSULA	40.000	1-10.000 2-10.000 3-20.000
162	CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA	50 MG	CÁPSULA	10.000	1-3.000 2-3.000 3-4.000
163	CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA	75 MG	CÁPSULA	6.000	1-1.000 2-1.000 3-4.000
164	CLORIDRATO DE ONDANSETRONA	4 MG	COMPRIMIDO	10.000	1-2.000 2-2.000 3-6.000
165	CLORIDRATO DE ONDANSETRONA	4 MG	COMPRIMIDO ORODISPERSÍVEL	8.000	1-1.000 2-1.000 3-6.000
166	CLORIDRATO DE ONDANSETRONA	8 MG	COMPRIMIDO	6.000	1-1.000 2-1.000 3-4.000
167	CLORIDRATO DE ONDANSETRONA	8 MG	COMPRIMIDO ORODISPERSÍVEL	8.000	1-1.000 2-1.000 3-6.000
168	CLORIDRATO DE ONDANSETRONA	4 MG/2ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	3.000	2-3.000
169	CLORIDRATO DE ONDANSETRONA	8 MG/4ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	2.000	2-3.000
170	CLORIDRATO DE PAROXETINA	20 MG	COMPRIMIDO	20.000	1-4.000 2-16.000



Saúde

Prefeitura de
Ulianópolis
Uma cidade de todos



CNPJ 11.413.842/0001-91

171	CLORIDRATO DE PETIDINA	50 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/SC/IV	500	2-500
172	CLORIDRATO DE PILOCARPINA	20 MG/ML (2%)	SOLUÇÃO OFTÁLMICA	300	2-100 3-200
173	CLORIDRATO DE PIRIDOXINA	40 MG	COMPRIMIDO	2.000	1-800 3-1.200
174	CLORIDRATO DE PROMETAZINA	25 MG	COMPRIMIDO	80.000	1-10.000 2-20.000 3-50.000
175	CLORIDRATO DE PROMETAZINA	25 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	21.000	1-3.000 2-10.000 3-8.000
176	CLORIDRATO DE PROPAFENONA	150 MG	COMPRIMIDO	2.000	1-400 3-1.600
177	CLORIDRATO DE PROPAFENONA	300 MG	COMPRIMIDO	2.000	1-400 3-1.600
178	CLORIDRATO DE PROPRANOLOL	40 MG	COMPRIMIDO	20.000	1-4.000 3-16.000
179	CLORIDRATO DE PROPRANOLOL	10 MG	COMPRIMIDO	10.000	1-4.000 3-6.000
180	CLORIDRATO DE PROTAMINA	10 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	1.000	2-1.000
181	CLORIDRATO DE TETRACAÍNA + CLORIDRATO DE FENILEFRINA	1% + 0,1 %	SOL. OFTÁLMICA.	20	2-20
182	CLORIDRATO DE TETRACICLINA	10 MG/G (1%)	POMADA OFTÁLMICA	300	1-100 3-200
183	CLORIDRATO DE TETRACICLINA	500 MG	CÁPSULA	10.000	1-2.000 3-8.000
184	CLORIDRATO DE TIAMINA	300 MG	COMPRIMIDO	2.000	1-800 3-1.200
185	CLORIDRATO DE VANCOMICINA	500 MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	2.000	2-2.000
186	CLORIDRATO DE VERAPAMIL	80 MG	COMPRIMIDO	5.000	1-1.000 2-1.000 3-3.000
187	CLORIDRATO DE VERAPAMIL	120 MG	COMPRIMIDO	5.000	1-1.000 2-1.000 3-3.000
188	CLORIDRATO DE VERAPAMIL	2,5 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	750	2-250 3-500
189	COMPLEXO B	2 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	24.000	1-10.000 2-14.000
190	DESLANÓSIDEO	0,2MG/ML C/2 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	1.000	2-1.000
191	DESVENLAFAXINA	50 MG	COMPRIMIDO	12.000	2-12.000
192	DESVENLAFAXINA	100 MG	COMPRIMIDO	12.000	2-12.000
193	DEXAMETASONA	0,1 MG/ML	ELIXIR	10.000	1-4.000 3-6.000
194	DEXAMETASONA	1 MG/ML (0,1 %)	SUSPENSÃO OFTÁLMICA	1.000	1-200 3-800
195	DEXAMETASONA	1 MG/G (0,1 %)	CREME	10.000	1-2.000 3-8.000
196	DEXAMETASONA	4 MG	COMPRIMIDO	10.000	1-2.000 3-8.000
197	DEXAMETASONA	1 MG/G (0,1%)	POMADA OFTÁLMICA	500	1-100 3-400



Saúde

Prefeitura de
Ulianópolis

Uma cidade de todos

CNPJ 11.413.842/0001-91



198	DIAZEPAM	10 MG	COMPRIMIDO	40.000	1-10.000 2-10.000 3-20.000
199	DIAZEPAM	5 MG	COMPRIMIDO	40.000	1-10.000 2-10.000 3-20.000
200	DIAZEPAM	5 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	4.000	2-1.000 3-3.000
201	DICLOFENACO DIETILAMÔNIO	11,6 MG/G	GEL CREME	1.000	2-600 4-400
202	DICLOFENACO DE POTÁSSIO	50 MG	COMPRIMIDO	80.000	1-70.000 2-10.000
203	DICLOFENACO DE SÓDIO	25 MG/ML C/3 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	20.000	1-5.000 2-15.000
204	DICLOFENACO SÓDICO	50 MG	COMPRIMIDO	80.000	1-70.000 2-10.000
205	DIGOXINA	0,25 MG	COMPRIMIDO	32.000	1-10.000 2-2.000 3-20.000
206	DIGOXINA	0,05 MG/ML	ELIXIR	300	1-50 2-50 3-200
207	DIMENIDRINATO	20 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	6.000	1-2.000 2-4.000
208	DIMENIDRINATO + CLORIDRATO DE PIRIDOXINA	50 MG + 10 MG	COMPRIMIDO	30.000	1-20.000 2-10.000
209	DIMENIDRINATO CLORIDRATO DE PIRIDOXINA	50 MG/ML+50 MG/ML C/1ML IM	SOLUÇÃO INJETÁVEL	8.000	1-2.000 2-6.000
210	DINITRATO DE ISOSSORBIDA	5 MG	COMPRIMIDO SUBLINGUAL	2.000	2-1.000 3-1.000
211	DIPIRONA SÓDICA	500 MG	COMPRIMIDO	200.000	1-40.000 2-40.000 3-120.000
212	DIPIRONA SÓDICA	500 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	70.000	1-20.000 2-30.000 3-20.000
213	DIPIRONA SÓDICA	500 MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	18.000	1-6.000 2-4.000 3-8.000
214	DIPROPIONATO BECLOMETASONA DE	200 MCG/DOSE	SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO ORAL	400	1-100 3-300
215	DIPROPIONATO BECLOMETASONA DE	50 MCG/DOSE	SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO ORAL	360	1-160 3-200
216	DIPROPIONATO BECLOMETASONA DE	250 MCG/DOSE	SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO ORAL	300	1-100 3-200
217	DOMPERIDONA	1 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	2.000	1-2.000
218	DOMPERIDONA	10 MG	COMPRIMIDO	5.000	1-4.000 2-1.000
219	DRAMIM B6 DL	10 ML EV	SOLUÇÃO INJETÁVEL	4.000	2-4.000
220	DULOXETINA	30 MG	COMPRIMIDO	12.000	1-2.000 2-10.000
221	DULOXETINA	60 MG	COMPRIMIDO	12.000	1-2.000 2-10.000
222	ENOXAPARINA SÓDICA	20 MG/0,2ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	2.000	2-2.000



Saúde

Prefeitura de
Ulianópolis
Uma cidade de todos

CNPJ 11.413.842/0001-91



223	ENOXAPARINA SÓDICA	40 MG/0,4ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	1.000	2-1.000
224	EPINEFRINA	1 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	2.500	2-1.000 3-1.500
225	ESCITALOPRAM	10 MG	COMPRIMIDO	15.000	1-1.000 2-14.000
226	ESCITALOPRAM	15 MG	COMPRIMIDO	12.000	1-1.000 2-11.000
227	ESCITALOPRAM	20 MG	COMPRIMIDO	12.000	1-1.000 2-11.000
228	ESCOPOLAMINA BUTILBROMETO+DIPIRONA	N- 10 MG+250 MG	COMPRIMIDO	12.000	1-10.000 2-2.000
229	ESCOPOLAMINA BUTILBROMETO	10 MG	COMPRIMIDO	12.000	1-10.000 2-2.000
230	ESCOPOLAMINA BUTILBROMETO+DIPIRONA	4 MG/ML+500 MG/ML C/5ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	15.000	1-5.000 2-10.000
231	ESCOPOLAMINA BUTILBROMETO	20 MG/ML C/1 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	20.000	1-8.000 2-12.000
232	ESPIRONOLACTONA	25 MG	COMPRIMIDO	12.000	1-4.000 2-4.000 3-4.000
233	ESPIRONOLACTONA	100 MG	COMPRIMIDO	6.000	1-2.000 2-2.000 3-2.000
234	ESTOLATO DE ERITROMICINA	25 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	360	1-60 3-300
235	ESTOLATO DE ERITROMICINA	50 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	360	1-60 3-300
236	ESTOLATO DE ERITROMICINA	500 MG	COMPRIMIDO	10.000	1-2.000 3-8.000
237	ESTRIOL	1 MG/G	CREME VAGINAL	600	1-200 3-400
238	ETOMIDATO	2 MG/ML C/10ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	200	2-200
239	FENITOÍNA	20 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	1.000	2-200 3-800
240	FENITOÍNA	50 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	1.000	2-400 3-600
241	FENITOÍNA	100 MG	COMPRIMIDO	60.000	1-10.000 2-25.000 3-25.000
242	FENOBARBITAL	100 MG	COMPRIMIDO	60.000	1-20.000 2-20.000 3-20.000
243	FENOBARBITAL	100 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	800	2-400 3-400
244	FENOBARBITAL	40 MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	1.200	1-400 2-400 3-400
245	FENTANIL	50 MCG/ML C/5 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	600	2-600
246	FINASTERIDA	5 MG	COMPRIMIDO	2.000	1-800 3-1.200
247	FITOMENADIONA (VITAMINA K)	10 MG/G	SOLUÇÃO INJETÁVEL	4.000	1-1.000 2-3.000
248	FLUCONAZOL	150 MG	CÁPSULA	60.000	1-20.000 3-40.000



Saúde

Prefeitura de
Ulianópolis
Uma cidade de todos

CNPJ 11.413.842/0001-91



249	FLUCONAZOL	10 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	800	1-400 3-400
250	FLUCONAZOL	100 MG	CÁPSULA	20.000	1-10.000 3-10.000
251	FLUMAZENIL	0,1 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	400	2-100 3-300
252	FOLINATO DE CÁLCIO (ÁCIDO FOLÍNICO)	15 MG	COMPRIMIDO	8.000	1-2.000 3-6.000
253	FOSFATO DE SÓDIO DIBÁSICO E FOSFATO DE SÓDIO MONOBÁSICO (FLEET-ENEMA) VOL. 133 ML	0,06g/ML+0,16 G/ML	SOLUÇÃO RETAL	300	2-300
254	FOSFATO DISSÓDICO DE DEXAMETASONA	4 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	75.000	1-25.000 2-20.000 3-25.000 5-5.000
255	FOSFATO SÓDICO DE PREDNISOLONA	3 MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	8.000	1-2.000 3-6.000
256	FOSFATO DE CÁLCIO TRIBÁSICO + COLECALCIFEROL	1661,616MG (600MG DE CÁLCIO) + 400UI	COMPRIMIDO	3.600	1-600 3-3.000
257	FUROSEMIDA	40 MG	COMPRIMIDO	120.000	1-40.000 2-30.000 3-50.000
258	FUROSEMIDA	10 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	22.000	1-4.000 2-8.000 3-10.000
259	GABAPENTINA	300 MG	COMPRIMIDO	12.000	2-12.000
260	GENTAMICINA	20 MG/ML C/1 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	4.000	1-1.000 2-3.000
261	GENTAMICINA	40 MG/ML C/1 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	8.000	1-2.000 2-6.000
262	GENTAMICINA	80 MG/2 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	20.000	1-2.000 2-18.000
263	GLIBENCLAMIDA	5 MG	COMPRIMIDO	60.000	1-20.000 3-40.000
264	GLICEROL	72 MG	SUPPOSITÓRIO RETAL	2.000	2-1.000 3-1.000
265	GLICEROL	120 MG/ML	SOLUÇÃO RETAL	2.000	2-1.000 3-1.000
266	GLICLAZIDA	30 MG	COMPRIMIDO	6.000	1-1.000 3-5.000
267	GLICLAZIDA	60 MG	COMPRIMIDO	3.600	1-1.600 3-2.000
268	GLICLAZIDA	80 MG	COMPRIMIDO	2.400	1-1.000 3-1.400
269	GLICONATO DE CÁLCIO	100 MG/ML C/10 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	1.000	2-1.000
270	GLICOSE (SORO GLICOSADO) COM 250 ML	5% (250 ML)	SOLUÇÃO INJETÁVEL	13.000	1-3.000 2-10.000
271	GLICOSE (SORO GLICOSADO) COM 500 ML	5% (500 ML)	SOLUÇÃO INJETÁVEL	44.000	1-14.000 2-15.000 3-15.000
272	GLICOSE COM 10 ML	25% (10 ML)	SOLUÇÃO INJETÁVEL	13.000	1-3.000 2-10.000
273	GLICOSE COM 10 ML	50% (10 ML)	SOLUÇÃO INJETÁVEL	13.000	1-3.000 2-6.000



Saúde



Prefeitura de
Ulianópolis

Uma cidade de todos

CNPJ 11.413.842/0001-91



					3-4.000
274	GLIMEPIRIDA	4 MG	COMPRIMIDO	10.000	1-10.000
275	GUACO (<i>Mikaniaglomerata Spreng.</i>)	-	SOLUÇÃO ORAL/XAROPE	10.000	1-3.000 2-1.000 3-6.000
276	HALOPERIDOL	1 MG	COMPRIMIDO	30.000	1-10.000 2-10.000 3-10.000
277	HALOPERIDOL	2 MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	400	1-100 2-200 3-100
278	HALOPERIDOL	5 MG	COMPRIMIDO	30.000	1-10.000 2-10.000 3-10.000
279	HALOPERIDOL	5 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	1.000	2-500 3-500
280	HALOPERIDOL, DECANOATO	50 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	800	2-400 3-400
281	HEMITARTARATO DE NOREPINEFRINA	2 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	2.500	2-1.000 3-1.500
282	HEPARINA SÓDICA	5.000UI/0,25ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	1.160	2-580 3-580
283	HIDROCLOROTIAZIDA	12,5 MG	COMPRIMIDO	22.000	1-8.000 3-14.000
284	HIDROCLOROTIAZIDA	25 MG	COMPRIMIDO	80.000	1-30.000 3-50.000
285	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO	230 MG	COMPRIMIDO	10.000	1-8.000 2-2.000
286	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO	300 MG	COMPRIMIDO	10.000	1-8.000 2-2.000
287	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO	61,5 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	9.000	1-8.000 2-1.000
288	IBUPROFENO	50 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	18.000	1-6.000 3-12.000
289	IBUPROFENO	300 MG	COMPRIMIDO	30.000	1-10.000 3-20.000
290	IBUPROFENO	600 MG	COMPRIMIDO	200.000	1-80.000 3 - 120.000
291	IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-RH (D)	*	SOLUÇÃO INJETÁVEL	100	2-100
292	INSULINA HUMANA NPH	100 UI/ML	SUSPENSÃO INJETÁVEL	1.200	1-600 3-600
293	INSULINA HUMANA REGULAR	100 UI/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	650	1-300 3-350
294	ISOFLAVONA DE SOJA (GLYCINE MAX. (L) Merr.)	50 MG a 120 MG DE ISOFLAVONAS	COMPRIMIDO	20.000	1-4.000 3-16.000
295	ITRACONAZOL	10 MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	1.000	1-200 3-800
296	ITRACONAZOL	100 MG	CÁPSULA	20.000	1-4.000 3-16.000
297	IVERMECTINA	6 MG	COMPRIMIDO	100.000	1-20.000 2-5.000 3-75.000
298	KOLLAGENASE COM 30G	0,6 U/G	POMADA	1.000	1-200



Saúde

Prefeitura de
Ulianópolis
Uma cidade de todos

CNPJ 11.413.842/0001-91



					2-700 5-100
299	LACTATO DE BIPERIDENO	5 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	1.000	2-1.000
300	LACTULOSE	667 MG/ML	XAROPE	4.000	1-1.000 2-500 3-2.500
301	LEVODOPA + CARBIDOPA	200 MG + 50MG	COMPRIMIDO	10.000	1-2.000 2-8.000
302	LEVODOPA + CARBIDOPA	250 MG + 25 MG	COMPRIMIDO	10.000	1-2.000 2-8.000
303	LEVOFLOXACINO	500 MG	COMPRIMIDO	15.000	1-10.000 4-5.000
304	LEVOMEPROMAZINA	100 MG	COMPRIMIDO	15.000	1-3.000 2-12.000
305	LEVOMEPROMAZINA	25 MG	COMPRIMIDO	15.000	1-3.000 2-12.000
306	LEVOTIROXINA SÓDICA	12,5 MCG	COMPRIMIDO	5.000	1-2.000 3-3.000
307	LEVOTIROXINA SÓDICA	25 MCG	COMPRIMIDO	4.800	1-1.800 3-3.000
308	LEVOTIROXINA SÓDICA	37,5 MCG	COMPRIMIDO	4.800	1-1.800 3-3.000
309	LEVOTIROXINA SÓDICA	50 MCG	COMPRIMIDO	4.800	1-1.800 3-3.000
310	LEVOTIROXINA SÓDICA	100 MCG	COMPRIMIDO	4.800	1-1.800 3-3.000
311	LORATADINA	1 MG/ML	XAROPE	18.000	1-4.000 2-2.000 3-12.000
312	LORATADINA	10 MG	COMPRIMIDO	100.000	1-20.000 2-5.000 3-75.000
313	LOSARTANA POTÁSSICA	50 MG	COMPRIMIDO	200.000	1-30.000 2-5.000 3-165.000
314	MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA	0,4 MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	14.000	1-4.000 2-1.000 3-9.000
315	MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA	2 MG	COMPRIMIDO	10.000	1-4.000 3-6.000
316	MALEATO DE ENALAPRIL	5 MG	COMPRIMIDO	30.000	1-8.000 2-2.000 3-20.000
317	MALEATO DE ENALAPRIL	10 MG	COMPRIMIDO	36.000	1-16.000 2-2.000 3-18.000
318	MALEATO DE ENALAPRIL	20 MG	COMPRIMIDO	66.000	1-26.000 2-2.000 3-38.000
319	MALEATO DE TIMOLOL	5 MG/ML (0,5%)	SOLUÇÃO OFTÁLMICA	240	1-40 3-200
320	MALEATO DE TIMOLOL	2,5 MG/ML (0,25%)	SOLUÇÃO OFTÁLMICA	240	1-40 3-200
321	MALEATO METILERGOMETRINA	0,2 MG/ML C/1 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	2.000	2-2.000



Saúde

Prefeitura de
Ulianópolis
Uma cidade de todos

CNPJ 11.413.842/0001-91



322	MANITOL	20% C/ 250 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	5.000	2-5.000
323	MARCAÍNA PESADA PARA RAQUIANESTESIA	0,50% C/4 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	1.000	2-1.000
324	MEBENDAZOL	100 MG	COMPRIMIDO	30.000	1-30.000
325	MEBENDAZOL	20 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	8.000	1-8.000
326	MESILATO DE DOXAZOSINA	2 MG	COMPRIMIDO	2.000	1-500 3-1.500
327	MESILATO DE DOXAZOSINA	4 MG	COMPRIMIDO	2.000	1-500 3-1.500
328	MESILATO DE PRALIDOXIMA	200 MG	SOLUÇÃO INJETÁVEL	1.000	2-200 3-800
329	METILDOPA	250 MG	COMPRIMIDO	60.000	1-20.000 2-5.000 3-35.000
330	METILDOPA	500 MG	COMPRIMIDO	15.000	1-10.000 2-5.000
331	METRONIDAZOL	40 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	12.000	1-4.000 3-8.000
332	METRONIDAZOL	100 MG/G (10%)	GEL VAGINAL	8.000	1-3.000 3-5.000
333	METRONIDAZOL	250 MG	COMPRIMIDO	120.000	1-40.000 3-80.000
334	METRONIDAZOL	400 MG	COMPRIMIDO	20.000	1-8.000 3-12.000
335	METRONIDAZOL	500 MG/ML C/100 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	4.000	2-4.000
336	METRONIDAZOL + NISTATINA COM 10 APLICADORES	100 MG + 20.000 UI/G	CREME VAGINAL	5.000	1-5.000
337	MIDAZOLAM	2 MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	800	1-100 2-300 3-400
338	MIDAZOLAM	15 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	600	2-500 4-100
339	MISOPROSTOL	200 MCG	COMPRIMIDO VAGINAL	800	2-400 3-400
340	MISOPROSTOL	25 MCG	COMPRIMIDO VAGINAL	800	2-400 3-400
341	MONONITRATO ISOSSORBIDA	20 MG	COMPRIMIDO	2.000	1-400 2-400 3-1.200
342	MONONITRATO ISOSSORBIDA	40 MG	COMPRIMIDO	2.000	1-400 2-400 3-1.200
343	MORFINA	0,1 MG/ML C/1 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	800	2-800
344	MORFINA	0,2 MG/ML C/1 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	800	2-800
345	MORFINA	10 MG/ML C/1 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	500	2-500
346	NEOMICINA + BACITRACINA	5 + 250 MG + UI/G	POMADA	6.000	1-6.000
347	NIFEDIPINO	10 MG	COMPRIMIDO	140.000	1-100.000 2-40.000
348	NIFEDIPINO	20 MG	COMPRIMIDO	40.000	1-25.000 2-15.000
349	NIMESULIDA	100 MG	COMPRIMIDO	100.000	1-80.000 2-10.000 4-5.000



Saúde

Prefeitura de
Ulianópolis
Uma cidade de todos

CNPJ 11.413.842/0001-91



					5-5.000
350	NIMESULIDA	50 MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	18.000	1-14.000 2-2.000 4-2.000
351	NISTATINA	100.000 UI/ML	SUSPENSÃO ORAL	4.000	1-2.000 3-2.000
352	NISTATINA	100.000 UI/ML	CREME VAGINAL	4.000	1-2.000 3-2.000
353	NITRATO MICONAZOL	20 MG/G (2%)	CREME DERMATOLÓGICO	10.000	1-4.000 3-6.000
354	NITRATO MICONAZOL	20 MG/G (2%)	CREME VAGINAL	10.000	1-5.000 3-5.000
355	NITROFURASONA 500G	2 MG/G	POMADA	200	1-100 3-100
356	NITROFURANTOÍNA	5 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	3.600	1-1.600 3-2.000
357	NITROFURANTOÍNA	100 MG	CÁPSULA	20.000	1-8.000 3-12.000
358	ÓLEO MINERAL	-	ÓLEO PARA USO ORAL	2.000	1-800 2-1.200
359	OMEPRAZOL	10 MG	CÁPSULA	30.000	1-10.000 3-20.000
360	OMEPRAZOL	20 MG	CÁPSULA	180.000	1-80.000 3-100.000
361	OMEPRAZOL IV	40 MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	4.000	2-4.000
362	OXACILINA SÓDICA	500 MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	5.000	2-5.000
363	OCITOCINA	5 UI/ML C/1ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	3.000	2-3.000
364	PALMITATO DE RETINOL	150.000UI/ML	SOLUÇÃO ORAL	1.000	1-500 3-500
365	PARACETAMOL	200 MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	16.000	1-8.000 2-2.000 3-6.000
366	PARACETAMOL	500 MG	COMPRIMIDO	200.000	1-60.000 2-10.000 3-130.000
367	PASTA D'ÁGUA	FN*	PASTA	600	1-100 2-100 3-400
368	PERICIAZINA	10 MG/ML (1%)	SOLUÇÃO ORAL	500	2-500
369	PERICIAZINA	40 MG/ML (4%)	SOLUÇÃO ORAL	500	2-500
370	PERMANGANATO DE POTÁSSIO	100 MG (FN)*	PÓ	480	1-100 2-80 3-300
371	PERMANGANATO DE POTÁSSIO	100 MG	COMPRIMIDO PARA USO TÓPICO	480	1-100 2-80 3-300
372	PERMETRINA	10 MG/G (1%)	LOÇÃO	4.800	1-2.800 3-2.000
373	PERMETRINA	50 MG/G (5%)	LOÇÃO	5.600	1-2.600 3-3.000
374	PERÓXIDO DE BENZOÍLA	50 MG/G (5%) (FN)*	GEL	1.000	1-200 3-800



Saúde

Prefeitura de
Ulianópolis
Uma cidade de todos

CNPJ 11.413.842/0001-91



375	PERÓXIDO DE BENZOÍLA	25 MG/G (2,5%) (FN)*	GEL	1.000	1-200 3-800
376	PIRACETAM	200 MG/ML C/5 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	1.200	2-1.200
377	PODOFILOTOXINA	1,5 MG/G	CREME	1.000	1-500 3-500
378	POLIVITAMÍNICO INFANTIL 100 ML	-	SOLUÇÃO ORAL	8.000	1-6.000 2-4.000
379	PREDNISONA	5 MG	COMPRIMIDO	60.000	1-20.000 2-5.000 3-35.000
380	PREDNISONA	20 MG	COMPRIMIDO	80.000	1-30.000 2-5.000 3-45.000
381	PROPATILNITRATO	10 MG	COMPRIMIDO	4.000	2-4.000
382	PROPILTIOURACILA	100 MG	COMPRIMIDO	1.800	1-800 3-1.000
383	PROPOFOL	10 MG/ML C/20 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	1.000	2-1.000
384	PROPOFOL	20 MG/ML C/50 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	1.000	2-1.000
385	RISPERIDONA	1 MG	COMPRIMIDO	20.000	1-5.000 2-15.000
386	RISPERIDONA	2 MG	COMPRIMIDO	20.000	1-5.000 2-15.000
387	RISPERIDONA	3 MG	COMPRIMIDO	20.000	1-5.000 2-15.000
388	RISPERIDONA FRASCO COM 30 ML	1 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	500	1-50 2-450
389	SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO	20 MG/ML (100MG)	SOLUÇÃO INJETÁVEL	1.000	1-600 2-400
390	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL	CLORETO DE SÓDIO, GLICOSE ANIDRA, CLORETO DE POTÁSSIO, CITRATO DE SÓDIO DI- HIDRATADO.	PÓ PARA SOLUÇÃO ORAL	12.000	1-5.000 2-1.000 3-6.000
391	SECNIDAZOL	1 G	COMPRIMIDO	10.000	1-10.000
392	SERINGAS COM AGULHA ACOPLADA PARA APLICAÇÃO DE INSULINA	-	UNIDADE	40.000	1-20.000 2-10.000 3-10.000
393	SERTRALINA	50 MG	COMPRIMIDO	30.000	1-10.000 2-20.000
394	SEVOFLURANO FRASCO COM 250 ML	1 ML/ML	SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO	12	2-12
395	SIMETICONA	40 MG	COMPRIMIDO	40.000	1-35.000 2-5.000
396	SIMETICONA COM 15 ML	75 MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	6.000	1-4.000 2-2.000
397	SINVASTATINA	20 MG	COMPRIMIDO	20.000	1-10.000 3-10.000
398	SINVASTATINA	40 MG	COMPRIMIDO	18.000	1-8.000 3-10.000
399	SINVASTATINA	10 MG	COMPRIMIDO	20.000	1-10.000 3-10.000
400	SOLUÇÃO RINGER + LACTATO 500 ML	LACTATO DE SÓDIO 3MG/ML+CLORETO DE SÓDIO	SOLUÇÃO INJETÁVEL	11.000	2-10.000 4-1.000



Saúde

Prefeitura de
Ulianópolis
uma cidade de todos

CNPJ 11.413.842/0001-91



		6MG/ML+CLORETO DE POTÁSSIO 0,3MG/ML+CLORETO DE CÁLCIO 0,2MG/ML			
401	SORO GLICOFISIOLÓGICO 250 ML	-	SOLUÇÃO INJETÁVEL	10.000	2-10.000
402	SORO GLICOFISIOLÓGICO 500 ML	-	SOLUÇÃO INJETÁVEL	15.000	2-15.000
403	SORO GLICOSADO 100 ML	5%	SOLUÇÃO INJETÁVEL	10.000	2-10.000
404	SORO RINGER SIMPLES 500 ML	-	SOLUÇÃO INJETÁVEL	10.000	2-10.000
405	SORO RINGER+LACTATO 250 ML	-	SOLUÇÃO INJETÁVEL	3.000	2-3.000
406	SUCCINATO DE METOPROLOL	100 MG	COMPRIMIDO	1.800	1-800 3-1.000
407	SUCCINATO DE METOPROLOL	50 MG	COMPRIMIDO	2.000	1-800 3-1.200
408	SUCCINATO DE METOPROLOL	25 MG	COMPRIMIDO	2.000	1-800 3-1.200
409	SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA	100 MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	16.000	1-6.000 3-10.000
410	SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA	500 MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	17.000	1-7.000 3-10.000
411	SUCCINILCOLINA	100 MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	500	2-500
412	SUCCINILCOLINA	500 MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	500	2-500
413	SULFADIAZINA DE PRATA	10 MG/G (1%)	CREME	8.000	1-2.000 3-6.000
414	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	80 MG/ML+16 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	6.000	1-2.000 3-4.000
415	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	40 MG/ML+8 MG/ML	SUSPENSÃO ORAL	11.000	1-3.000 3-8.000
416	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	400 MG+80 MG	COMPRIMIDO	120.000	1-40.000 3-80.000
417	SULFATO DE ATROPINA	0,25 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	3.000	2-1.000 3-2.000
418	SULFATO DE GENTAMICINA	5 MG/ML	SOLUÇÃO OFTÁLMICA	400	1-200 3-200
419	SULFATO DE GENTAMICINA	5 MG/G	POMADA OFTÁLMICA	400	1-200 3-200
420	SULFATO DE MAGNÉSIO	10% (0,81mEq/ML MG++)	SOLUÇÃO INJETÁVEL	3.000	2-1.000 3-2.000
421	SULFATO DE MAGNÉSIO	50% (4,05mEq/ML MG++)	SOLUÇÃO INJETÁVEL	3.200	2-1.200 3-2.000
422	SULFATO DE POLIMIXINA B + SULFATO DE NEOMICINA + FLUOCINOLONA ACETONIDA + CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA	10.000UI/ML+3,500MG ML+0,250MG/ML+20M G/ML	SOLUÇÃO OTOLÓGICA	480	1-80 3-400
423	SULFATO DE SALBUTAMOL	100 MCG/DOSE	AEROSSOL ORAL	400	1-100 3-300
424	SULFATO DE SALBUTAMOL	0,5 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	560	2-260 3-300
425	SULFATO DE SALBUTAMOL	5 MG/ML	SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO	480	1-80 3-400
426	SULFATO DE SALBUTAMOL	0,4 MG/ML	XAROPE	2.000	1-2.000
427	SULFATO DE TERBUTALINA	0,5 MG/ML C/1 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	1.000	2-1.000

428	SULFATO DE ZINCO	200 MCG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	360	2-360
429	SULFATO DE ZINCO	10 MG	COMPRIMIDO MASTIGÁVEL	20.000	1-8.000 3-12.000
430	SULFATO DE ZINCO	4 MG/ML	XAROPE	1.000	1-400 3-600
431	SULFATO FERROSO	25 MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	8.000	1-2.000 3-6.000
432	SULFATO FERROSO	40 MG	COMPRIMIDO	200.000	1-80.000 3-120.000
433	SULFATO FERROSO	5 MG/ML	XAROPE	1.000	1-500 3-500
434	TARTARATO DE METOPROLOL	100 MG	COMPRIMIDO	2.000	1-1.000 3-1.000
435	TIABENDAZOL	500 MG	COMPRIMIDO	7.500	1-7.500
436	TIAMAZOL	5 MG	COMPRIMIDO	4.800	1-2.800 3-2.000
437	TIAMAZOL	10 MG	COMPRIMIDO	4.800	1-2.800 3-2.000
438	TIORIDAZINA	25 MG	DRÁGEA	12.000	2-12.000
439	TIORIDAZINA	50 MG	DRÁGEA	12.000	2-12.000
440	TIORIDAZINA	100 MG	DRÁGEA	12.000	2-12.000
441	TIRAS REAGENTES DE MEDIDA DE GLICEMIA CAPILAR	CAIXA COM 50 UNIDADES	CAIXA	4.000	1-2.000 3-2.000
442	TRAMADOL	100 MG/2 ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL	4.000	2-4.000
443	VALPROATO DE SÓDIO ou ÁCIDO VALPRÓICO	50 MG/ML	SOLUÇÃO ORAL/XAROPE	1.200	2-200 3-1.000
444	VALPROATO DE SÓDIO ou ÁCIDO VALPRÓICO	500 MG	COMPRIMIDO	30.000	1-10.000 2-10.000 3-10.000
445	VALPROATO DE SÓDIO ou ÁCIDO VALPRÓICO	250 MG	COMPRIMIDO	16.000	1-4.000 2-5.000 3-7.000
446	VARFARINA SÓDICA	1 MG	COMPRIMIDO	2.000	1-1.000 3-1.000
447	VARFARINA SÓDICA	5 MG	COMPRIMIDO	2.000	1-1.000 3-1.000
448	VORTIOXETINA	5 MG	COMPRIMIDO	12.000	2-12.000
449	VORTIOXETINA	10 MG	COMPRIMIDO	12.000	2-12.000
450	VORTIOXETINA	15 MG	COMPRIMIDO	12.000	2-12.000

*** Dotação orçamentária: Exercício 2023**

- 1) Manutenção da Atenção Primária em Saúde.
- 2) Gestão e Operacionalização das Ações de Média e Alta Complexidade em Saúde.
- 3) Manutenção de Assistência Farmacêutica.
- 4) Manutenção do Hospital Municipal.
- 5) Manutenção do Programa Melhor em Casa.

Ulianópolis/PA, 16 de janeiro de 2023.

ADONIAS CORRÊA DA SILVA

Secretário Municipal de Saúde
Decreto Municipal 009/2021