

PA	BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (22MCG) SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (30MCG) PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC	NÃO	SIM
PA	BETAINTERFERONA 1B 9.600.000UI (300MG) PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	BIMATOPROSTA 0,3 MG/ML SOL OFT (FR) 3 ML GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
PA	BOCEPREVIR 200 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
PA	BOSENTANA 125 MG COMP REV GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
PA	BOSENTANA 62,5 MG COMP REV GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
PA	BRIMONIDINA 2 MG/ML SOL OFT (FR) 5 ML GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	BRINZOLAMIDA 10 MG/ML SUSP OFT (FR) 5 ML GRUPO 2	NÃO	NÃO
PA	BROMOCRIPTINA 2,5 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	CABERGOLINA 0,5 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	CALCIPOTRIOL 50 MCG/G POM (BIS) 30 G GRUPO 2	NÃO	NÃO
PA	CALCITONINA 200 UI POR DOSE SPRAY NAS (FR) GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CALCITRIOL 0,25 MCG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CALCITRIOL 1 MCG SOL INJ (AMP) GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
PA	CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGEA GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CIPROTERONA 50 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM

BELEM - PA			
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ - SESPA		Segunda-feira 26 Janeiro 2015	
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DEAF		Página 2 de	4
CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO - CAF			
CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO - CAF/SESPA			

ELENCO ESTADUAL

UF	Medicamento	Composição	Antecipação
PA	CLOBAZAM 10 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CLOBETASOL 0,5 MG/G CREM (BIS) 30 G GRUPO 2	NÃO	SIM

PA	CLOBETASOL 0,5 MG/G SOL CAPI (FR) 50 G GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CLOPIDOGREL 75 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CLOZAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	CLOZAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	CODEÍNA 30 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	CODEÍNA 30 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML GRUPO 2	NÃO	NÃO
PA	COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILCETONURICO MAIOR DE 1 ANO -	NÃO	SIM
PA	COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILCETONURICO MENOR DE 1 ANO -	NÃO	SIM
PA	DEFERASTIROX 250 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	DEFERASTIROX 500 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	DEFERIPRONA 500 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	DESFERROXAMINA 500 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	DESMOPRESSINA 0,1 MG/ML SOL OU SPRAY NAS (FR) 2,5 ML GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	DONEPEZILA 10 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	DONEPEZILA 5 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	DORZOLAMIDA 20 MG/ML SOL OFT (FR) 5 ML GRUPO 2	NÃO	NÃO
PA	ENTACAPONA 200 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	ENTECAVIR 0,5 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ENTECAVIR 1 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ETANERCEPTE 25 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ETANERCEPTE 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	EVEROLIMO 0,5 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	EVEROLIMO 0,75 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	EVEROLIMO 1 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	FENOFIBRATO 250 MG CAP DE LIB RETARD GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	FENOTEROL, BROMIDRATO + IPRATRÓPIO, BROMETO 0,1 + 0,04 MG/DOSE	NÃO	NÃO
PA	FILGRASTIM 300 MCG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	FLUDROCORTISONA 0,1 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	FORMOTEROL + BUDESONIDA 12 + 400 MCG CAP INAL GRUPO 2	NÃO	SIM

PA	FORMOTEROL + BUDESONIDA 6 + 200 MCG CAP INAL GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	GABAPENTINA 300 MG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	GALANTAMINA 16 MG CÁPSULA DURA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	GALANTAMINA 24 MG CAP DE LIB PROL GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	GALANTAMINA 8 MG CAP DE LIB PROL GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	GLATIRAMER 20 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	GOLIMUMABE 50 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
PA	GOSSERRELINA 10,8 MG DEPOT (SER PREENC) (INATIVO) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	GOSSERRELINA 3,6 MG DEPOT (SER PREENC) (INATIVO) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	HIDROXICLOROQUINA 400 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	HIDROXIURÉIA 500 MG CAP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	IMIGLUCERASE 200 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	IMIGLUCERASE 400 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	CODEÍNA INATIVO MG/ML SOL INJ (AMP) INATIVO ML ELENCO ESTADUAL	NÃO	SIM
PA	INFLIXIMABE 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ISOTRETINOÍNA 10 MG CAP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	ISOTRETINOÍNA 20 MG CAP GRUPO 2	NÃO	NÃO
PA	LAMIVUDINA 150 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	LAMOTRIGINA 100 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	LAMOTRIGINA 25 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM

BELEM - PA			
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ - SESPA		Segunda-feira 26 Janeiro 2015	
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DEAF		Página 3 de	4
CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO - CAF			
CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO - CAF/SESPA			

ELENCO ESTADUAL

UF	Medicamento	Composição	Antecipação
PA	LAMOTRIGINA 50 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	LANREOTIDA 120 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.B	NÃO	SIM