

PA	LANREOTIDA 60 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	LANREOTIDA 90 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	LEFLUNOMIDA 20 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	LEUPORRELINA 3,75 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	MESALAZINA 1000 MG SUPOS GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	MESALAZINA 400 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	MESALAZINA 800 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	METOTREXATO 2,5 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 20 ML GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	MIGLUSTATE 100 MG CAP GRUPO 1.A	SIM	SIM
PA	MORFINA 10 MG/ML SOL INJ (AMP) 1 ML GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	MORFINA 30 MG CAP LIBERAÇÃO CONTROLADA GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	MORFINA 30 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	MORFINA 60 MG CAP LIBERAÇÃO CONTROLADA GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	NAPROXENO 250 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	NAPROXENO 500 MG COMP GRUPO 2	NÃO	NÃO
PA	NATALIZUMABE 300 MG SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	OCTREOTIDA LAR 10 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	OCTREOTIDA LAR 20 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	OCTREOTIDA LAR 30 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	OLANZAPINA 10 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	OLANZAPINA 5 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	PANCREATINA 10.000 UI CAP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	PANCREATINA 25.000 UI CAP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	PENICILAMINA 250 MG CAP GRUPO 1.B	NÃO	SIM

PA	PILOCARPINA 20 MG/ML SOL OFT (FR) 10 MG GRUPO 2	NÃO	NÃO
PA	PIRIDOSTIGMINA 60 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	PRAMIPEXOL 0,125 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	PRAMIPEXOL 0,25 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	PRAMIPEXOL 1 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	QUETIAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	QUETIAPINA 200 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	QUETIAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	QUETIAPINA 300 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	RALOXIFENO 60 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	RIBAVIRINA 250 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	RILUZOL 50 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	RISEDRONATO 35 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	RISPERIDONA 1 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	RISPERIDONA 2 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	RISPERIDONA 3 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	RITUXIMABE 500 MG SOL INJ (FR-AMP) 50 ML GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
PA	RIVASTIGMINA 1,5 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	RIVASTIGMINA 2 MG/ML SOL ORAL (FR) 120 ML GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	RIVASTIGMINA 3 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	RIVASTIGMINA 4,5 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	RIVASTIGMINA 6 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM

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

ELENCO ESTADUAL

UF	Medicamento	Composição	Antecipação
PA	SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO 100 MG SOL INJ (FR) 5 ML GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	SALBUTAMOL 100 MCG AER BUCAL (FR DE 200 DOSES) GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	SALMETEROL, XINAFOATO + FLUTICASONA 50 + 250 MCG/DOSE PÓ PARA	SIM	SIM

PA	SALMETEROL, XINAFOATO + FLUTICASONA 50 + 500 MCG/DOSE AEROSSOL ORAL	NÃO	SIM
PA	SALMETEROL 50 MCG PÓ INAL OU AER BUCAL (FR DE 60 DOSES) GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	SELEGILINA 5 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	SEVELAMER 800 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	SILDENAFILA 20 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	SILDENAFILA 25 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	SILDENAFILA 50 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	SIROLIMO 1 MG DRÁGEA GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	SIROLIMO 2 MG DRÁGEA GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	SOMATROPINA 12 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	SOMATROPINA 4 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	SULFASSALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	TACROLIMO 1 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	TACROLIMO 5 MG CAP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	TALIGLUCERASE ALFA 200 U PÓ LIOF INJ (FR) GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
PA	TALIGLUCERASE ALFA 200 U PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	NÃO	NÃO
PA	TELAPREVIR 375 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
PA	TENOFOVIR 300 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	TIMOLOL 5 MG/ML SOL OFT (FR) 5 ML GRUPO 2	NÃO	NÃO
PA	TIOTRÓPIO, BROMETO 2,5 MCG SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO 60 DOSES - EE	NÃO	SIM
PA	TOCILIZUMABE 20 MG/ML SOL INJ (FR-AMP) 4 ML GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
PA	TOPIRAMATO 100 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	TOPIRAMATO 25 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	TOPIRAMATO 50 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	TOXINA BOTULINICA TIPO A 100 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	TOXINA BOTULINICA TIPO A 500 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	TRAVOPROSTA 0,04 MG/ML SOL OFT (FR) 2,5 ML GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
PA	TRIPTORRELINA 3,75 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	VIGABATRINA 500 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	ZIPRASIDONA 40 MG CAP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	ZIPRASIDONA 80 MG CAP GRUPO 1.B	NÃO	SIM