

PORTARIA Nº 2.577/GM 27 DE OUTUBRO DE 2006.

Aprova o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Medicamentos, constante da Portaria nº 3.916/GM de 30 de novembro de 1998;

Considerando os princípios e eixos estratégicos definidos pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica aprovada pela Resolução nº 338, de 2004, do Conselho Nacional de Saúde;

Considerando a necessidade de aprimorar os instrumentos e estratégias que asseguram e ampliam o acesso da população aos serviços de saúde, incluído o acesso aos medicamentos em estreita relação com os princípios da Constituição e da organização do Sistema Único de Saúde;

Considerando as Portarias nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que Divulga o Pacto pela Saúde e nº 698/GM, de 30 de março de 2006, - Organização dos recursos federais de custeio em Blocos de Financiamento; e

Considerando a pactuação na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 5 de outubro de 2006,

R E S O L V E:

Art. 1º Aprovar o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, como parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde, conforme termos constantes do Anexo I a esta Portaria.

Art. 2º Redefinir os procedimentos e valores do Grupo 36 - Medicamentos da Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), na forma e redação estabelecidas no Anexo II a esta Portaria.

§ 1º Os procedimentos e novos valores estabelecidos no caput terão vigência a partir da competência novembro de 2006.

§ 2º O Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, da Secretaria de Atenção à Saúde (DRAC/SAS) e o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), deverão proceder às adequações nos sistemas operacionais e de informações sob sua responsabilidade, a fim de garantir o estabelecido no parágrafo anterior.

§ 3º No prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a partir da competência, componente de Medicamentos e Dispensação Excepcional, serão analisados os impactos decorrentes das medidas implementadas no âmbito do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE), com vistas a possíveis ajustes.

Art. 3º Estabelecer o prazo de junho de 2007 para implantação de sistema informatizado para o gerenciamento técnico e operacional do CMDE.

Art. 4º Caberá à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, editar normas complementares referentes à operacionalização do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

Art. 5º Caberá à Secretaria de Atenção à Saúde, por intermédio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS), editar normas complementares relacionadas à operacionalização do Sistema de Informações, relativos à tabela de procedimentos.

Art. 6º Definir que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria corram por conta da funcional programática 10303.1293.4705.0001 assistência financeira para aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais, do orçamento do Ministério da Saúde.

Art. 7º Esta Portaria regulamenta o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º Ficam revogadas as Portarias nº 1.481/GM, de 28 de dezembro de 1999, publicada no Diário Oficial nº 249-E, de 24 de dezembro de 1999, Seção 1, página 24, nº 1.318/GM, de 23 de julho de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 141, de 21 de julho de 2002, Seção 1, página 68, nº 445/GM, de 6 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 45, de 7 de março de 2006, Seção 1, página 27, nº 562/GM, de 16 de março de 2006, nº 203/SAS, de 19 de abril de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 112, de 14 de junho de 2005, Seção 1, página 38, nº 409/SAS, de 5 de agosto de 1999, publicada no Diário Oficial nº 150, de 6 de agosto de 1999, Seção 1, página 52, e nº 921/SAS, de 25 de novembro de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 227, de 25 de novembro de 2002, Seção 1, página 64.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO I**I - DA CONSTITUIÇÃO DO COMPONENTE DE MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL**

1. O Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE) caracteriza-se como uma estratégia da política de assistência farmacêutica, que tem por objetivo disponibilizar medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde para tratamento de agravos inseridos nos seguintes critérios:

1.1. doença rara ou de baixa prevalência, com indicação de uso de medicamento de alto valor unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado; e

1.2. doença prevalente, com uso de medicamento de alto custo unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado desde que:

1.2.1. haja tratamento previsto para o agravo no nível da atenção básica, ao qual o paciente apresentou necessariamente intolerância, refratariedade ou evolução para quadro clínico de maior gravidade, ou

1.2.2. o diagnóstico ou estabelecimento de conduta terapêutica para o agravo estejam inseridos na atenção especializada.

2. Os medicamentos disponibilizados pelo CMDE compõem o Grupo 36 - Medicamentos, da tabela descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), na forma e redação estabelecidas no Anexo II a esta Portaria;

2.1. os procedimentos do Grupo 36 da Tabela SIA/SUS, referentes a medicamentos indicados com letras iguais são, no contexto clínico da sua utilização, equivalentes entre si quando autorizados para a mesma doença, respeitada a equivalência de dose; e

2.2. os estados poderão optar por disponibilizar apenas um entre os medicamentos indicados como equivalentes entre si.

3. Para um mesmo fármaco, os estados poderão optar por disponibilizar apenas uma das apresentações farmacêuticas constantes da tabela.

4. Para os medicamentos autorizados para artrite reumatóide e pertencentes ao subgrupo dos agentes anticitocinas, o estado não poderá apresentar um número de atendimentos para tratamento desse agravo, ao final do ano de 2007, superior a 20% do número médio de atendimentos referente ao medicamento infliximabe, dos últimos três meses anteriores à data de publicação da presente Portaria.

5. Para os procedimentos 36.391.03-4, 36.391.04-2, 36.391.05-0, 36.391.07-7, 36.391.10-7, 36.391.12-3, 36.391.18-2, 36.391.19-0, 36.391.20-4, 36.391.21-2, 36.391.22-0, 36.391.23-9, 36.391.25-5, 36.391.29-8, 36.391.31-0, retirados do atual Grupo 36 da Tabela SIA/SUS, será considerado o prazo de 120 dias a partir da publicação desta Portaria, para apresentação das Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade/Custo - APAC no Sistema SIA/SUS, geradas a partir do fornecimento desses procedimentos.

5.1. os procedimentos relacionados a seguir foram agrupados, devendo ser utilizados para apresentação das Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade/Custo (APAC) no Sistema SIA/SUS, a partir de novembro de 2006, os novos códigos indicados:

Procedimentos agrupados	Novo código
36.391.13-1, 36.391.14-0, 36.391.15-8, 36.391.16-6	36.041.09-2
36.391.24-7, 36.391.26-3	36.041.11-4
36.391.27-1, 36.391.28-0	36.041.12-2

6. No prazo de 180 dias, o Ministério da Saúde em conjunto com o CONASS e o CONASEMS, avaliará, com base nos critérios estabelecidos no item 1 deste Anexo, os medicamentos do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional que podem ser alocados em outros Blocos de Financiamento e/ou Componentes, sem prejuízo da disponibilização desses medicamentos no âmbito do SUS.

6.1. Inicialmente, a análise deverá considerar os medicamentos listados no Anexo III a esta Portaria.

7. A inclusão de novos medicamentos, a ampliação de cobertura ou de outras necessidades identificadas internamente no âmbito do Componente, a partir da solicitação de gestores, órgãos, instituições da área de saúde e outros da sociedade organizada, deverá obedecer aos fluxos e critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, em ato normativo específico.

8. A avaliação quanto à incorporação de novos medicamentos ocorrerá a partir dos preceitos da Medicina Baseada em Evidências e deverá demonstrar a eficácia e segurança do medicamento, além de vantagem com relação à opção terapêutica já disponibilizada (maior eficácia ou segurança ou menor custo) e/ou oferecer concorrência dentro de um mesmo subgrupo, como estratégia reguladora de mercado.

9. A inclusão de novos medicamentos/apresentações, ampliação de cobertura ou outras necessidades identificadas internamente ao Programa, deverá ser respaldada pela publicação dos respectivos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs).

10. A inclusão de medicamento para financiamento por meio do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional será pactuada entre os gestores, na Comissão Intergestores Tripartite, e deverá considerar o impacto financeiro e a disponibilidade orçamentária dos entes envolvidos.

II - DA SOLICITAÇÃO, DA AUTORIZAÇÃO E DO FORNECIMENTO DOS MEDICAMENTOS DO COMPONENTE DE MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL

11. O fornecimento de medicamentos deverá obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação e tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde para os medicamentos de dispensação excepcional, de abrangência nacional.

11.1 Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados em Consulta Pública pelo Ministério da Saúde devem ser observados pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, na regulação da dispensação dos medicamentos, desde que as indicações e os tratamentos já estejam cobertos pelo Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

11.2 Os medicamentos integrantes do CMDE cujo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) não tenha ainda sido estabelecido em caráter nacional pelo Ministério da Saúde ou publicado em Consulta Pública, deverão ser dispensados de acordo com critérios técnicos definidos pela Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, até a edição do respectivo protocolo nacional.

12. Para a autorização e o fornecimento dos medicamentos do CMDE serão considerados os seguintes instrumentos:

12.1 CNS - Cartão Nacional de Saúde - documento de identificação do usuário do SUS.

12.2 LME - Laudo para Solicitação/Autorização de Medicamentos de Dispensação Excepcional, instituído por ato normativo específico da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS);

12.3 RME - Recibo de Medicamentos Excepcionais, conforme Anexo IV a esta Portaria; e

12.4 APAC/MEIO MAGNÉTICO - Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo - instrumento disponível em meio magnético, para coleta de informações gerenciais e cobrança de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo e medicamentos de dispensação excepcional.

13. Os medicamentos do CMDE só poderão ser autorizados para os CIDs constantes no Anexo II a esta portaria.

14. A autorização de fornecimento pelo gestor estadual será dada mediante apresentação do LME preenchido e assinado por profissional médico com especialidade compatível, reconhecida no referido órgão de classe, acompanhado dos demais documentos exigidos.

14.1 O médico deverá preencher o LME com o CID-10 que autoriza a dispensação do medicamento, conforme estabelecido no Anexo II à presente Portaria, que será considerado como CID-10 Principal;

14.2 O médico preencherá o LME com o CID-10 que complementa a informação do quadro clínico que motivou a prescrição do medicamento (considerado como CID-10 Secundário), quando for o caso;

14.3 Caberá ao órgão autorizador avaliar as informações contidas no LME de acordo com os critérios estabelecidos no item 11 deste Anexo, com vistas a sua aprovação; e

14.4 Na autorização do LME deverá constar a assinatura do profissional autorizador e o número da APAC emitida.

15. Em cada LME será autorizado o fornecimento de um ou mais medicamentos excepcionais desde que prescritos por um mesmo médico assistente especialista.

15.1 No caso de pacientes acompanhados por mais de um médico assistente especialista será permitida a emissão de um segundo ou terceiro LME, com períodos de vigência concomitantes; e

15.2 Cada LME corresponderá a uma única APAC.

16. A dispensação dos medicamentos excepcionais ocorrerá mediante apresentação do LME, devidamente autorizado.

17. No ato da dispensação do medicamento deverá ser emitido o RME a ser assinado pelo usuário, contendo o número da APAC emitida, os medicamentos e as quantidades dispensadas.

17.1. O gestor estadual poderá definir formulário de RME distinto do apresentado no Anexo IV, desde que mantidas as informações nele contidas.

18. Cada usuário deve ter um cadastro único de documentos no CMDE, independente do número de LMEs vigentes.

19. Uma via dos documentos LME e RME, juntamente com cópias dos exames e demais documentos autorizadores do fornecimento do(s) medicamento(s) devem ser mantidos em arquivo na pasta do usuário, para efeitos de auditoria, sendo a destinação das demais vias dos documentos definidas de acordo com os fluxos e necessidades do gestor estadual.

20. O processamento mensal da APAC no Sistema SIA/SUS deverá ser feito somente a partir da existência do RME assinado pelo usuário.

21. Com vistas a facilitar o acesso e a partir da avaliação do farmacêutico responsável, o fornecimento do medicamento poderá ser realizado para mais de um mês de competência, sem alteração do estabelecido no item acima.

22. A Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo (APAC) terá validade de até três competências a partir de sua emissão.

22.1. No período de vigência da APAC poderá ocorrer substituição do medicamento/apresentação, mediante nova prescrição médica, desde que o medicamento seja autorizado para o mesmo CID registrado na abertura da APAC.

22.2. Nos casos em que o medicamento não tem indicação para utilização contínua, deverá ser emitida APAC única, que corresponderá apenas ao mês de atendimento.

23. Para processamento da APAC no Sistema SIA/SUS, deverão ser informados os seguintes códigos:

5.1 - Suspensão do medicamento por indicação médica devido à conclusão do tratamento
5.2 - Continuidade do fornecimento do medicamento por permanência do tratamento
5.3 - Suspensão do fornecimento do medicamento por transferência do paciente para outro estabelecimento de saúde
5.4 - Suspensão do fornecimento do medicamento devido ao óbito do paciente
5.5 - Suspensão do fornecimento do medicamento por abandono do tratamento
5.6 - Suspensão do fornecimento do medicamento por indicação médica devido à alteração do tratamento
5.7 - Suspensão do fornecimento do medicamento por indicação médica devido à intercorrências no tratamento

23.1. A interrupção do fornecimento por abandono do tratamento, código 5.5, deverá ser considerada quando o paciente não comparecer ao serviço de farmácia para receber o medicamento por prazo superior a um mês da competência da APAC, e não tiver ocorrido o fornecimento antecipado pelo farmacêutico responsável.

24. O Sistema SIA/SUS exercerá crítica para todos os medicamentos do CMDE, conforme critérios estabelecidos no Anexo II a esta Portaria.

III - DA ORGANIZAÇÃO E DA EXECUÇÃO DO COMPONENTE DE MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL

25. A execução do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional é descentralizada aos gestores estaduais do SUS, sendo a aquisição e a dispensação dos medicamentos de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, salvo nos casos a seguir explicitados.

25.1 o Ministério da Saúde e os gestores estaduais poderão pactuar a aquisição centralizada de medicamentos do CMDE nos casos em que a análise indicar:

- a) benefício econômico da centralização, frente às condições do mercado;
- b) investimentos estratégicos do governo no desenvolvimento tecnológico junto aos laboratórios públicos próprios (ou oficiais); e
- c) no interesse da gestão do Sistema Único de Saúde, considerando a capacidade e a logística operacional e administrativa dos gestores.

26. A dispensação dos medicamentos excepcionais deverá ocorrer somente em serviços de farmácia vinculados às unidades públicas designadas pelos gestores estaduais.

26.1. A dispensação dos medicamentos poderá ser desconcentrada junto à rede de serviços públicos dos municípios, mediante pactuação entre os gestores e desde que assegurado o atendimento aos critérios legais e sanitários, além da definição de procedimentos operacionais que norteiem a dispensação dos medicamentos e o acompanhamento dos usuários.

27. Os estados devem divulgar, junto aos municípios, a sistemática de funcionamento do CMDE e os critérios de acesso a esse grupo de medicamentos, estabelecendo com os mesmos os fluxos de atendimento e dispensação de medicamentos aos usuários.

28. Na aquisição desse grupo de medicamentos, os gestores responsáveis pela compra deverão observar os preços cobrados no mercado, o preço máximo permitido para venda conforme regulamentação vigente da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED, objetivando alcançar o melhor benefício na aquisição.

28.1. Os responsáveis pelas aquisições devem verificar, ainda, a aplicação dos benefícios fiscais que incidem sobre os medicamentos, listados nos Convênios ICMS – CONFAZ vigentes.

28.2. O Ministério da Saúde disponibilizará no sítio eletrônico <http://www.saude.gov.br> a informação do preço máximo permitido para venda e os convênios ICMS-CONFAZ vigentes dos medicamentos excepcionais.

IV - DO FINANCIAMENTO E DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DOS RECURSOS DO COMPONENTE DE MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL

29. O financiamento para aquisição dos medicamentos do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional é da responsabilidade do Ministério da Saúde e dos Estados, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

30. O Ministério da Saúde e os gestores estaduais deverão monitorar os recursos aplicados no financiamento do Componente, com vistas a ajustes que assegurem o equilíbrio da responsabilidade e a participação no co-financiamento entre as esferas de gestão, cujas análises devem ser sustentadas por informações sobre os preços cobrados, pacientes atendidos e quantidades adquiridas.

31. Os recursos do Ministério da Saúde aplicados no financiamento do CMDE terão como base a emissão e a aprovação das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Alto Custo - APAC, emitidas pelos gestores estaduais, vinculadas à efetiva dispensação do medicamento e de acordo com os critérios técnicos definidos nesta Portaria.

32. Os gestores estaduais devem enviar mensalmente ao DATASUS, da Secretaria-Executiva, as informações referentes às APAC emitidas, observando cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde.

32.1. Trimestralmente, o Ministério da Saúde publicará portaria com os valores a serem transferidos mensalmente às Secretarias Estaduais de Saúde, apurados com base nas Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Alto Custo - APAC, emitidas e aprovadas conforme critérios e valores de referência indicados para o Grupo 36 da Tabela SIA/SUS.

32.2. O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE) consolidará as informações no Sistema SIA/SUS até o dia 29 do mês subsequente ao trimestre de competência, para emissão da portaria com os valores a serem transferidos aos estados.

Competência	Consolidação	Pagamento
Dezembro/janeiro/fevereiro	29 de março	abril/maio/junho
Março/abril/maio	29 de junho	julho/agosto/setembro
Junho/julho/agosto	29 de setembro	outubro/novembro/dezembro
Setembro/outubro/novembro	29 de dezembro	janeiro/fevereiro/março

33. O Fundo Nacional de Saúde repassará aos Fundos Estaduais de Saúde, mensalmente e na modalidade fundo a fundo, os valores apurados e publicados, os quais devem ser movimentados em conta específica.

34. Os estados e o Distrito Federal devem efetuar as despesas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da administração pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento), mantendo a respectiva documentação administrativa e fiscal pelo período mínimo legal exigido.

35. De acordo com o artigo 6º do Decreto nº 1.651, de 1995, a comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais de Saúde, na forma do Decreto nº 1.232, de 1994, que trata das transferências fundo a fundo, deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao estado, por meio de Relatório de Gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

36. A aplicação de descontos e/ou ajustes sobre os valores apurados, sempre que identificada a necessidade, seja por meio de auditorias específicas, seja por rotinas de validação do Sistema SIA/SUS, será informado pelo Ministério da Saúde ao estado, ouvindo-se a parte envolvida antes da sua concretização.

V - DOS MEDICAMENTOS DO COMPONENTE DE MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL COM AQUISIÇÃO CENTRALIZADA NO MINISTÉRIO DA SAÚDE

37. Segundo ficou acordado, os medicamentos excepcionais a seguir identificados são adquiridos por meio de processo centralizado pelo Ministério da Saúde, conforme pactuação entre os gestores.

36.251.01-1	Imiglucerase - 200 UI
36.032.02-6	Eritropoetina Humana Recombinante - 2.000 UI
36.032.04-2	Eritropoetina Humana Recombinante - 4.000 UI
36.191.05-1	Imunoglobulina Humana Intravenosa - 5,0 g
36.171.01-8	Alfainterferona 2b - 3.000.000 UI
36.171.02-6	Alfainterferona 2b - 5.000.000 UI
36.171.03-4	Alfainterferona 2b - 10.000.000 UI

38. A dispensação dos medicamentos cuja aquisição é centralizada no Ministério da Saúde é de responsabilidade dos gestores estaduais e deverá seguir estritamente os critérios definidos nos PCDTs, bem como os demais estabelecidos no Anexo II a esta Portaria.

39. A continuidade na distribuição aos estados, dos medicamentos de aquisição centralizada, dar-se-á mediante a emissão da APAC nos critérios definidos nesta Portaria e o envio da programação anual e trimestral ao Ministério da Saúde.

40. As secretarias estaduais de saúde devem encaminhar ao Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF/SCTIE/MS) a programação anual e trimestral de suas necessidades.

40.1. A distribuição dos medicamentos, com aquisição centralizada no Ministério da Saúde, aos gestores estaduais, terá como base a programação enviada e observará o período de entrega estabelecido em cronograma.

40.2. A programação anual de cada medicamento deverá ser enviada no período de 1^a a 15 de setembro de cada ano, devendo considerar a média de apresentação de APACs dos seis meses anteriores, incorporando o incremento para o período, devidamente justificado.

40.3. Se a necessidade de medicamentos for superior a 20% da média dos últimos seis meses, o gestor deverá apresentar justificativa ao Ministério da Saúde.

40.4. A programação trimestral da necessidade de cada medicamento deve ser enviada ao DAF/SCTIE/MS obedecendo rigorosamente aos períodos definidos, devendo informar o consumo médio mensal, a previsão de estoque no último dia do trimestre vigente e o quantitativo necessário para o trimestre programado.

Trimestre	Informação	Distribuição
Janeiro/fevereiro/março	20 a 30 de novembro	01 a 15 de janeiro
Abril/maio/junho	20 a 28 de fevereiro	01 a 15 de abril
Julho/agosto/setembro	20 a 31 de maio	01 a 15 de julho
Outubro/novembro/dezembro	20 a 31 de agosto	01 a 15 de outubro

VI - DO CONTROLE E DO MONITORAMENTO DO COMPONENTE DE MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL

41. O Ministério da Saúde disponibilizará, até junho de 2007, sistema informatizado de gerenciamento e acompanhamento dos medicamentos do CMDE.

41.1. Os estados deverão adotar e alimentar o sistema disponibilizado.

41.2. A programação nacional do CMDE será efetuada tomando como base as informações constantes do Sistema.

42. O Ministério da Saúde coordenará processo de avaliação sistemática da execução, da organização e do financiamento do Componente dos Medicamentos de Dispensação Excepcional com vistas à atualização permanente.

43. A partir da publicação desta Portaria, os estados devem alimentar o Banco Nacional de Preços com as informações solicitadas para todos os medicamentos de dispensação excepcional adquiridos pelos Estados.

44. Os estados devem fornecer ao Ministério da Saúde, sempre que solicitado, informações referentes ao CMDE, necessárias ao acompanhamento e monitoramento do mesmo.

ANEXO II

TABELA DESCRITIVA DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SIA/SUS

GRUPO 36 - MEDICAMENTOS

36.000.00-0 GRUPO 36 – MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL

36.010.00-6 – SUBGRUPO 01 – AGENTES ANTICITOCINAS

36.011.00-2 – AGENTES ANTICITOCINAS

36.011.01-0	Infliximabe 10 mg/ml - injetável – por frasco-ampola de 10 ml
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	6

CID – 10	K50.0, K50.1, K50.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência farmacêutica
Valor do Procedimento:	R\$ 1.630,00

36.011.02-9	Infliximabe ^(A) 10 mg/ml - 10 ml - injetável – frasco-ampola - por tratamento mensal
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	1
CID – 10	M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7
Forma de financiamento	Assistência farmacêutica
Valor do Procedimento:	R\$ 3.260,00

36.011.03-7	Etanercepte ^(A) 25 mg - injetável – frasco-ampola - por tratamento mensal
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	1
CID – 10	M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência farmacêutica
Valor do Procedimento:	R\$ 3.260,00

36.011.04-5	Adalimumabe ^(A) 40 mg - injetável – seringa preenchida - por tratamento mensal
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65

Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	1
CID – 10	M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8 M08.0
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência farmacêutica
Valor do Procedimento:	R\$ 3.260,00

36.020.00-1 – SUBGRUPO 02 – ANTAGONISTA DO GLUTAMATO

36.021.00-8 – ANTAGONISTA DO GLUTAMATO

36.021.01-6	Riluzol 50 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	60
CID – 10	G12.2
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 13,11

36.030.00-7 – SUBGRUPO 03 – ANTIANÊMICOS

36.031.00-3 – ANTIANÊMICOS

36.031.01-1	Sacarato de hidróxido férrico 100 mg – injetável – por frasco de 5 ml
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	10
CID – 10	D50.0, D50.8, D63.8, N18.0, N18.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 4,30

36.032.00-0 – ANTIANÊMICOS HORMONAIS

36.032.01-8	Alfaepoetina 1.000 UI – injetável – por frasco-ampola
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	36
CID – 10	D63.8, N18.0, N18.8, Z94.8
Motivo de Cobrança:	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 4,17

36.032.02-6	Alfaepoetina 2.000 UI – injetável – por frasco-ampola
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	36
CID – 10	D63.8, N18.0, N18.8, Z94.8
Motivo de Cobrança:	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,00

36.032.03-4	Alfaepoetina 3.000 UI – injetável - por frasco-ampola
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	36

CID – 10	D63.8; N18.0; N18.8; Z94.8
Motivo de Cobrança	5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5; 5.6; 5.7; 5.8
Forma de financiamento	Assistência farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 3,85

36.032.04-2	Alfaepoetina 4.000 UI – injetável - por frasco-ampola
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	36
CID – 10	D63.8; N18.0; N18.8; Z94.8
Motivo de Cobrança	5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5; 5.6; 5.7; 5.8
Forma de financiamento	Assistência farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,00

36.032.05-0	Alfaepoetina 10.000 UI – injetável – por frasco-ampola
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	12
CID – 10	D63.8, N18.0, N18.8, Z94.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 22,54

36.033.00-6 – OUTROS ANTIANÊMICOS

36.033.01-4	Hidroxiuréia 500 mg – por cápsula
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50

Faixa Etária	00
Quantidade máxima	300
CID – 10	D56.1, D56.8, D57.0, D57.1, D57.2
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,32

36.040.00-2 - SUBGRUPO 04 – ANTIASMÁTICOS

36.041.00-9– ANTIASMÁTICOS

36.041.01-7	Salbutamol ^(B) 100 mcg – aerosol – por frasco de 200 doses
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	2
CID – 10	J45.0, J45.1, J45.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 9,20

36.041.02-5	Fenoterol ^(B) 200 mcg – aerosol - por frasco de 300 doses
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	1
CID – 10	J45.0, J45.1, J45.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 8,05

36.041.03-3	Beclometasona ^(C) 250 mcg – spray – por frasco de 200 doses
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8

Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo de Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	1
CID – 10	J45.0, J45.1, J45.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 23,35

36.041.04-1	Beclometasona ^(C) 200 mcg – pó inalante – por frasco de 100 doses
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	4
CID – 10	J45.0, J45.1, J45.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 10,80

36.041.05-0	Beclometasona ^(C) 200 mcg – por cápsula inalante
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	120
CID – 10	J45.0, J45.1, J45.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,12

36.041.06-8	Beclometasona ^(C) 400 mcg – pó inalante – por
-------------	--

	frasco de 100 doses
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	1
CID – 10	J45.0, J45.1, J45.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 13,95

36.041.07-6	Beclometasona ^(C) 400 mcg –por cápsula inalante
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	60
CID – 10	J45.0, J45.1, J45.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,14

36.041.08-4	Formoterol ^(D) 12 mcg – pó inalante – por frasco de 60 doses
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	1
CID – 10	J45.0, J45.1, J45.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 19,24

36.041.09-2	Formoterol ^(D) 12 mcg – por cápsula inalante
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	60
CID – 10	J45.0, J45.1, J45.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,44

36.041.10-6	Salmeterol ^(D) 50 mcg – pó inalante ou aerossol bucal – por frasco de 60 doses
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	1
CID - 10	J45.0, J45.1, J45.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 37,48

36.041.11-4	Budesonida ^(C) 200 mcg – pó inalante ou aerossol bucal – por frasco de 100 doses
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	2
CID - 10:	J45.0, J45.1, J45.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica

Valor do Procedimento	R\$ 10,93
-----------------------	-----------

36.041.12-2	Budesonida ^(C) 200 mcg – por cápsula inalante
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	180
CID - 10:	J45.0, J45.1, J45.8
Motivo de Cobrança:	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,21

36.041.13-0	Formoterol 6 mcg + Budesonida 200 mcg – pó inalante – por frasco de 60 doses
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	2
CID - 10	J45.0, J45.1, J45.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 31,60

36.041.14-9	Formoterol 6 mcg + Budesonida 200 mcg – por cápsula inalante
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	120
CID - 10	J45.0, J45.1, J45.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8

Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,53

36.041.15-7	Formoterol 12 mcg + Budesonida 400 mcg – pó inalante – por frasco de 60 doses
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	1
CID - 10	J45.0, J45.1, J45.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 32,80

36.041.16-5	Formoterol 12 mcg + Budesonida 400 mcg – por cápsula inalante
Nível de Hierarquia	3; 4; 6; 7; 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	60
CID - 10	J45.0, J45.1, J45.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,55

36.050.00-8 – SUBGRUPO 05 – ANTIBIÓTICOS

36.051.00-4 – ANTIBIÓTICOS

36.051.01-2	Ciprofloxacina 250 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00

Quantidade máxima	120
CID – 10	K50.0, K50.1, K50.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,14

36.051.02-0	Ciprofloxacina 500 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	60
CID – 10	K50.0, K50.1, K50.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,13

36.060.00-3 – SUBGRUPO 06 – ANTIEPILEPTICOS

36.061.00-0 – ANTIEPILEPTICOS

36.061.01-8	Lamotrigina 25 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	600
CID – 10	G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7 G40.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,12

36.061.02-6	Lamotrigina 100 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade	65

Profissional	
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	150
CID – 10	G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,35

36.061.03-4	Vigabatrina 500 mg - por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	240
CID – 10	G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7 G40.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 1,30

36.061.04-2	Topiramato 25 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	600
CID – 10	G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0.70

36.061.05-0	Topiramato 50 mg – por comprimido

Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	600
CID – 10	G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 1,47

36.061.06-9	Topiramato 100 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	300
CID – 10	G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 2,67

36.061.07-7	Gabapentina 300 mg – por cápsula
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	660
CID – 10	G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do	R\$ 0,59

Procedimento	
36.061.08-5	Gabapentina 400 mg – por cápsula
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	480
CID – 10	G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7 G40.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,77

36.070.00-9– SUBGRUPO 07 – ANTIINFLAMATÓRIOS

36.071.00-5 – ANTIINFLAMATÓRIOS

36.071.01-3	Metilprednisolona 500 mg – injetável – por ampola
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	12
CID – 10	T86.1, Z94.0, Z94.1, Z94.2, Z94.3, Z94.4, Z94.5, Z94.6, Z94.7, Z94.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 15,82

36.071.02-1	Cloroquina ^(E) 150 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	90

CID – 10	M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento:	R\$ 0,04

36.071.03-0	Hidroxicloroquina ^(E) 400 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	90
CID – 10	M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Valor do Procedimento:	R\$ 0,95

36.072.00-1 – ANTIINFLAMATÓRIOS INTESTINAIS

36.072.01-0	Sulfassalazina 500 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	360
CID – 10	K50.0, K50.1, K50.8, K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8, K52.2, M02.3, M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M07.4, M07.5, M07.6, M08.0, M45, M46.0, M46.1, M46.8, M47.1, M47.2, M47.8, M48.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,45

36.072.02-8	Mesalazina 400 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	300
CID – 10	K50.0, K50.1, K50.8, K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,30
36.072.03-6	Mesalazina 500 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	240
CID – 10	K50.0, K50.1, K50.8, K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 2,40
36.072.04-4	Mesalazina 800 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	150
CID – 10	K50.0, K50.1, K50.8, K51.0 K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8

Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento:	R\$ 0,54
36.072.05-2	Mesalazina 1 g + diluente 100 ml (enema) – por dose
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	30
CID – 10	K50.0, K50.1, K50.8, K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento:	R\$ 4,70
36.072.06-0	Mesalazina 3 g + diluente 100 ml (enema) – por dose
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	30
CID – 10	K50.0, K50.1, K50.8, K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento:	R\$ 11,89
36.072.07-9	Mesalazina 250 mg – por supositório
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade	

Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	120
CID – 10	K50.0, K50.1, K50.8, K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8.
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento:	R\$ 0,80
36.072.08-7	Mesalazina 500 mg – por supositório
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	60
CID – 10	K50.0, K50.1, K50.8, K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento:	R\$ 1,28
36.072.09-5	Mesalazina 1000 mg – por supositório
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	30
CID – 10	K50.0, K50.1, K50.8, K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do	R\$ 6,94

Procedimento:	
---------------	--

36.080.00-4 – SUBGRUPO 08 – ANTIPARKINSONIANOS

36.081.00-0– ANTIPARKINSONIANOS

36.081.01-9	Amantadina 100 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	270
CID – 10	G20
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,33

36.081.02-7	Selegilina 5 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	60
CID – 10	G20
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,28

36.081.03-5	Selegilina 10 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	30
CID – 10	G20
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,84

36.081.04-3	Levodopa 250 mg + Carbidopa 25 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8

Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	90
CID – 10	G20
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,18

36.081.05-1	Levodopa 200 mg + Carbidopa 50 mg – por cápsula ou comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	90
CID – 10	G20
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,18

36.081.06-0	Levodopa 100 mg + Benserazida 25 mg – por cápsula ou comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	180
CID – 10	G20
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,43

36.081.07-8	Levodopa 200 mg + Benserazida 50 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00

Quantidade máxima	90
CID – 10	G20
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,80

36.081.08-6	Pergolida 0,25 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	420
CID – 10	G20
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 1,09

36.081.09-4	Pergolida 1 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	120
CID – 10	G20
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 1,68

36.081.10-8	Pramipexol 0,125 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	540
CID – 10	G20
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do	R\$ 0,68

Procedimento	
--------------	--

36.081.11-6	Pramipexol 0,25 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	540
CID – 10	G20
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 1,14

36.081.12-4	Pramipexol 1 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	150
CID – 10	G20
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 3,50

36.081.13-2	Tolcapona ^(F) 100 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	180
CID – 10	G20
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 1,33

36.081.14-0	Tolcapona ^(F) 200 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65

Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	90
CID – 10	G20
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 3,36

36.081.15-9	Entacapona ^(F) 200 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	300
CID – 10	G20
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 2,37

36.081.16-7	Triexifenidila 5 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	90
CID – 10	G20
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,15

36.081.17-5	Biperideno 2 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	120
CID – 10	G20
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de	Assistência Farmacêutica

financiamento	
Valor do Procedimento	R\$ 0,06

36.081.18-3	Biperideno 4 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	60
CID – 10	G20
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,27

36.090.00-0– SUBGRUPO 09 – ANTIPSICÓTICOS

36.091.00-6– ANTIPSICÓTICOS

36.091.01-4	Clozapina 25 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	960
CID – 10	F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,49

36.091.02-2	Clozapina 100 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3; 4; 6; 7; 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	240
CID – 10	F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do	

Procedimento	R\$ 1,55
--------------	----------

36.091.03-0	Olanzapina ^(G) 5 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	120
CID – 10	F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 5,05

36.091.04-9	Olanzapina ^(G) 10 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	60
CID – 10	F20.0, F20.1 F20.2 F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 10,00

36.091.05-7	Quetiapina ^(G) 25 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	960
CID – 10	F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 1,43

36.091.06-5	Quetiapina ^(G) 100 mg – por comprimido
-------------	---

Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	240
CID – 10	F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 4,47

36.091.07-3	Quetiapina ^(G) 200 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	120
CID – 10	F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 8,56

36.091.08-1	Risperidona 1 mg - por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	180
CID – 10	F20.0; F20.1; F20.2; F20.3; F20.4; F20.5; F20.6; F20.8
Motivo de Cobrança	5.1; 5.2; 5.3; 5.4; 5.5; 5.6; 5.7; 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,08

36.091.09-0	Risperidona 2 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65

Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	90
CID – 10	F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,09

36.091.10-3	Ziprasidona ^(G) 40 mg – por cápsula
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	120
CID – 10	F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento:	R\$ 4,55

36.091.11-1	Ziprasidona ^(G) 80 mg – por cápsula
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	60
CID – 10	F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento:	R\$ 7,58

36.100.00-5 – SUBGRUPO 10 - ANTIVIRAIS

36.101.00-1 - ANTIVIRAIS

36.101.01-0	Lamivudina 10 mg/ml – solução oral – frasco de 240 ml
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65

Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	2
CID – 10	B16.0, B16.2, B18.0, B18.1
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 24,38

36.101.02-8	Lamivudina 150 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	30
CID – 10	B16.0, B16.2 B18.0, B18.1
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,69

36.101.03-6	Ribavirina 250 mg – por cápsula
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	180
CID – 10	B18.2
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,15

36.110.00-0- SUGRUP0 11– BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES

36.111.00-7 - BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES

36.111.01-5	Toxina botulínica tipo A ^(H) 100 UI – injetável - por frasco-ampola
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	8
CID – 10	G24.0, G24.1, G24.2, G24.3, G24.4, G24.5, G24.8, G80.0 G80.1, G81.1, G82.1, G82.4, I69.0, I69.1, I69.2, I69.3, I69.4, I69.8, T90.0, T90.1, T90.2,

	T90.3, T90.4, T90.5, T90.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 421,00

36.111.02-3	Toxina botulínica tipo A ^(H) 500 UI – injetável - por frasco-ampola
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	5
CID – 10	G24.0, G24.1, G24.2, G24.3, G24.4, G24.5, G24.8, G80.0, G80.1, G81.1, G82.1, G82.4, I69.0, I69.1, I69.2, I69.3, I69.4, I69.8, T90.0, T90.1, T90.2, T90.3, T90.4, T90.5, T90.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 705,50

36.120.00-6 - SUBGRUPO 12 – CERATOLÍTICOS SISTÊMICOS

36.121.00-2 – CERATOLÍTICOS SISTÊMICOS

36.121.01-0	Acitretina 10 mg – por cápsula
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	240
CID – 10	L40.0, L40.1, L40.4, L40.8, L44.0, Q80.0, Q80.1, Q80.2, Q80.3, Q80.8, Q82.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 1,77

--	--

36.121.02-9	Acitretina 25 mg – por cápsula
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	90
CID – 10	L40.0, L40.1, L40.4, L40.8, L44.0, Q80.0, Q80.1, Q80.2, Q80.3, Q80.8, Q82.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 2,37

36.121.03-7	Isotretinoína 10 mg – por cápsula
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	720
CID – 10	L70.0, L70.1, L70.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,34

36.121.04-5	Isotretinoína 20 mg – por cápsula
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	360
CID – 10	L70.0, L70.1, L70.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,50

36.130.00-1 – SUGRUPU 13 – COMPLEMENTOS ALIMENTARES

36.131.00-8 – COMPLEMENTOS ALIMENTARES PARA FENILCETONÚRICOS

36.131.02-4	Complemento Alimentar para Fenilcetonúricos – Fórmula de Aminoácidos Isenta de Fenilalanina (para pacientes menores de 1 ano de idade) – lata – por grama
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	50
Quantidade máxima	3
CID – 10	E70.0
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,24

36.131.03-2	Complemento Alimentar para Fenilcetonúricos – Fórmula de Aminoácidos Isenta de Fenilalanina (para pacientes maiores de 1 ano de idade) – lata – por grama
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	51 a 72
Quantidade máxima	4
CID – 10	E70.0
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,40

36.140.00-7 – SUBGRUPO 14 – FATORES DE CRESCIMENTO MIELÓIDES

36.141.00-3 – FATORES DE CRESCIMENTO MIELÓIDES

36.141.01-1	Filgrastim ⁽¹⁾ 300 mcg – injetável – por frasco
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029

Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	60
CID – 10	B20.0, B20.1, B20.2, B20.3, B20.4, B20.5, B20.6, B20.7, B20.8, B20.9, B22.0, B22.1, B22.2, B22.7, B23.0, B23.1, B23.2, B23.8, B24, D61.0, D61.1, D61.2, D61.3, D61.8, D70, Z94.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 31,00

36.141.02-0	Lenograstim ⁽¹⁾ 33,6 MUI – injetável – por frasco
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	60
CID – 10	B20.0, B20.1, B20.2, B20.3, B20.4, B20.5, B20.6, B20.7, B20.8, B20.9, B22.0, B22.1, B22.2, B22.7, B23.0, B23.1, B23.2, B23.8, B24, D61.0, D61.1, D61.2, D61.3, D61.8, D70, Z94.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 31,00

36.141.03-8	Molgramostim ⁽¹⁾ 300 mcg - injetável – por frasco
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	60
CID – 10	B20.0, B20.1, B20.2, B20.3, B20.4, B20.5, B20.6, B20.7, B20.8, B20.9, B22.0, B22.1, B22.2, B22.7, B23.0, B23.1, B23.2, B23.8, B24, D61.0, D61.1, D61.2, D61.3, D61.8, D70, Z94.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 31,00

36.150.00-2– SUBGRUPO 15 – HIPNOANALGÉSICOS

36.151.00-9– HIPNOANALGÉSICOS

36.151.01-7	Morfina 10 mg/ml – por ampola de 1 ml
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8

Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	1800
CID – 10	R52.1, R52.2
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,32

36.151.02-5	Morfina 10 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	1800
CID – 10	R52.1, R52.2
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,11

36.151.03-3	Morfina 30 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	1200
CID – 10	R52.1, R52.2
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,20

36.151.04-1	Morfina LC 30 mg – por cápsula
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	210
CID – 10	R52.1, R52.2
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,63

36.151.05-0	Morfina LC 60 mg – por cápsula
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8

Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	120
CID – 10	R52.1, R52.2
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 1,31

36.151.06-8	Morfina LC 100 mg – por cápsula
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	60
CID – 10	R52.1, R52.2
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 1,63

36.151.07-6	Morfina 10 mg/ml – solução oral – por frasco de 60 ml
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	60
CID – 10	R52.1, R52.2
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 12,14

36.151.08-4	Metadona 5 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	1200
CID – 10	R52.1, R52.2
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,28

36.151.09-2	Metadona 10 mg – por comprimido

Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	600
CID – 10	R52.1, R52.2
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,53

36.151.10-6	Metadona 10 mg /ml - injetável – por ampola de 1 ml
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	600
CID – 10	R52.1, R52.2
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 1,71

36.151.11-4	Codeína 30 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	720
CID – 10	R52.1, R52.2
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,54

36.151.12-2	Codeína 60 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	360
CID – 10	R52.1, R52.2
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,75

--	--

36.151.13-0	Codeína 3 mg /ml – solução oral – por frasco de 120 ml
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	6
CID – 10	R52.1, R52.2
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 16,07

36.151.14-9	Codeína 30 mg/ml – por ampola de 2 ml
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	180
CID – 10	R52.1, R52.2
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 3,06

36.160.00-8 – SUBGRUPO 16 – HIPOLIPEMIANTES

36.161.00-4 – HIPOLIPEMIANTES

36.161.01-2	Atorvastatina ^(J) 10 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	240
CID – 10	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 1,84

36.161.02-0	Atorvastatina ^(J) 20 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	120
CID – 10	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5,

	E78.6, E78.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 3,30

36.161.03-9	Fluvastatina ^(J) 20 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	120
CID – 10	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 1,17

36.161.04-7	Fluvastatina ^(J) 40 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	60
CID – 10	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 1,50

36.161.05-5	Lovastatina ^(J) 10 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	240
CID – 10	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,16

36.161.06-3	Lovastatina ^(J) 20 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029

Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	120
CID – 10	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,11

36.161.07-1	Lovastatina ^(J) 40 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	60
CID – 10	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,90

36.161.08-0	Pravastatina ^(J) 10 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	120
CID – 10	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,24

36.161.09-8	Pravastatina ^(J) 20 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	60
CID – 10	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica

Valor do Procedimento	R\$ 0,37
-----------------------	----------

36.161.10-1	Pravastatina ^(J) 40 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	30
CID – 10	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,69

36.161.11-0	Sinvastatina ^(J) 5 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	480
CID – 10	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,14

36.161.12-8	Sinvastatina ^(J) 10 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	240
CID – 10	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,07

36.161.13-6	Sinvastatina ^(J) 20 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00

Quantidade máxima	120
CID – 10	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,07

36.161.14-4	Sinvastatina ^(J) 40 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	60
CID – 10	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,16

36.161.15-2	Sinvastatina ^(J) 80 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	30
CID – 10	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,51

36.161.16-0	Bezafibrato ^(K) 200 mg – por drágea
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	90
CID – 10	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,25

36.161.17-9	Bezafibrato ^(K) 400 mg – por drágea
-------------	--

Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	30
CID – 10	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 1,22

36.161.18-7	Ciprofibrato ^(K) 100 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	30
CID – 10	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,95

36.161.19-5	Etofibrato ^(K) 500 mg – por cápsula
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	30
CID – 10	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 1,80

36.161.20-9	Fenofibrato ^(K) 200 mg – por cápsula
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	30
	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5,

CID – 10	E78.6, E78.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,94

36.161.21-7	Fenofibrato ^(K) 250 mg – por cápsula
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	30
CID – 10	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 1,06

36.161.22-5	Genfibrozila ^(K) 600 mg – por cápsula ou comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	60
CID – 10	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,80

36.161.23-3	Genfibrozila ^(K) 900 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	30
CID – 10	E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,87

36.170.00-3 – SUBGRUPO 17 – IMUNOMODULADORES

36.171.00-0 – IMUNOMODULADORES

36.171.01-8	Alfainterferona 2b - 3.000.000 UI – injetável - por frasco-ampola
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	12
CID – 10	B18.0, B18.1, B18.2, D18.0
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,00

36.171.02-6	Alfainterferona 2b - 5.000.000 UI – injetável - por frasco-ampola
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	30
CID - 10	B18.0, B18.1, B18.2, D18.0
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,00

36.171.03-4	Alfainterferona 2b - 10.000.000 UI - injetável - por frasco-ampola
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	12
CID - 10	B18.0 B18.1, B18.2, D18.0
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,00

36.171.04-2	Alfapeginterferona 2a ou 2b – Tratamento da Hepatite Viral Crônica C – por tratamento/paciente/mês
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029

Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	1
CID – 10	B18.2
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 1.600,00

36.171.05-0	Betainterferona ^L 1a 6.000.000 UI (22 mcg) – injetável - por seringa preenchida
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	12
CID – 10	G35
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 298,00

36.171.06-9	Betainterferona ^(L) 1a 12.000.000 UI (44 mcg) – injetável - por seringa preenchida
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	12
CID – 10	G35
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 348,00

36.171.07-7	Betainterferona ^(L) 1a 6.000.000 UI (30 mcg) – injetável - por frasco-ampola ou seringa preenchida
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	4

CID – 10	G35
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 549,30

36.171.08-5	Betainterferona ^(L) 1b 9.600.000 UI (300 mcg) – injetável - por frasco-ampola
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	15
CID – 10	G35
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 152,70

36.171.09-3	Glatirâmer 20 mg – injetável - por frasco-ampola ou seringa preenchida
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	30
CID – 10	G35
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 71,30

36.180.00-9 – SUBGRUPO 18 – IMUNOSSUPRESSORES

36.181.00-5 – IMUNOSSUPRESSORES

36.181.01-3	Azatioprina 50 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	210
	D60.0, D61.0, D61.1, D61.2, D61.3, D61.8, H30.0, H30.1, H30.2, H30.8, K50.0, K50.1, K50.8, K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8,

CID – 10	K75.4, M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0, M32.1, M32.8, M33.0, M33.1, M33.2, N04.0, N04.1, N04.2, N04.3, N04.4, N04.5, N04.6, N04.7, N04.8, T86.1, Z94.0, Z94.1, Z94.2, Z94.3, Z94.4, Z94.5, Z94.6, Z94.7, Z94.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,14

36.181.02-1	Ciclosporina 100 mg/ml - solução oral – por frasco de 50 ml
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	9
CID – 10	D60.0, D61.0, D61.1, D61.2, D61.3, D61.8, H30.0, H30.1, H30.2, H30.8, K50.0, K50.1, K50.8, K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8, L40.0, L40.1, L40.4, L40.8, M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0, M32.1, M32.8, M33.0, M33.1, M33.2, N04.0, N04.1, N04.2, N04.3, N04.4, N04.5, N04.6, N04.7, N04.8, T86.1, Z94.0, Z94.1, Z94.2, Z94.3, Z94.4, Z94.5, Z94.6, Z94.7, Z94.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 147,84

36.181.03-0	Ciclosporina 10 mg – por cápsula
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	04; 05; 07; 09; 14; 15; 17; 19
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	480
	D60.0, D61.0, D61.1, D61.2, D61.3, D61.8,

CID – 10	H30.0, H30.1, H30.2, H30.8, K50.0, K50.1, K50.8, K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8, L40.0, L40.1, L40.4, L40.8, M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0, M32.1, M32.8, M33.0, M33.1, M33.2, N04.0, N04.1, N04.2, N04.3, N04.4, N04.5, N04.6, N04.7, N04.8, T86.1, Z94.0, Z94.1, Z94.2, Z94.3, Z94.4, Z94.5, Z94.6, Z94.7, Z94.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,43

36.181.04-8	Ciclosporina 25 mg – por cápsula
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	480
CID – 10	D60.0, D61.0, D61.1, D61.2, D61.3, D61.8, H30.0, H30.1, H30.2, H30.8, K50.0, K50.1, K50.8, K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8, L40.0, L40.1, L40.4, L40.8, M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0, M32.1, M32.8, M33.0, M33.1, M33.2, N04.0, N04.1, N04.2, N04.3, N04.4, N04.5, N04.6, N04.7, N04.8, T86.1, Z94.0, Z94.1, Z94.2, Z94.3, Z94.4, Z94.5, Z94.6, Z94.7, Z94.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 0,75

36.181.05-6	Ciclosporina 50 mg – por cápsula
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	480

CID – 10	D60.0, D61.0, D61.1, D61.2, D61.3, D61.8, H30.0, H30.1, H30.2, H30.8, K50.0, K50.1, K50.8, K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8, L40.0, L40.1, L40.4, L40.8, M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0, M32.1, M32.8, M33.0, M33.1, M33.2, N04.0, N04.1, N04.2, N04.3, N04.4, N04.5, N04.6, N04.7, N04.8, T86.1, Z94.0, Z94.1, Z94.2, Z94.3, Z94.4, Z94.5, Z94.6, Z94.7, Z94.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 1,55

36.181.06-4	Ciclosporina 100 mg – por cápsula
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	240
CID – 10	D60.0, D61.0, D61.1, D61.2, D61.3, D61.8, H30.0, H30.1, H30.2, H30.8, K50.0, K50.1, K50.8, K51.0, K51.1, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8, L40.0, L40.1, L40.4, L40.8, M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0, M32.1, M32.8, M33.0, M33.1, M33.2, N04.0, N04.1, N04.2, N04.3, N04.4, N04.5, N04.6, N04.7, N04.8, T86.1, Z94.0, Z94.1, Z94.2, Z94.3, Z94.4, Z94.5, Z94.6, Z94.7, Z94.8
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 2,73

36.181.07-2	Leflunomida 20 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade	

máxima	30
CID – 10	M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 5,41

36.181.08-0	Metotrexato 25 mg/ml - injetável – por frasco-ampola de 2 ml
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	4
CID – 10	K50.0, K50.1, K50.8, M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento:	R\$ 7,20

36.181.09-9	Metotrexato 25 mg/ml - injetável – por frasco-ampola de 20 ml
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	4
CID – 10	K50.0, K50.1, K50.8, M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento:	R\$ 25,20

36.181.10-2	Micofenolato de sódio ^(M) 180 mg – por comprimido
-------------	--

Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	120
CID – 10	T86.1, Z94.0, Z94.1, Z94.4
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 3,49

36.181.11-0	Micofenolato de sódio ^(M) 360 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	180
CID – 10	T86.1, Z94.0, Z94.1, Z94.4
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica
Valor do Procedimento	R\$ 5,46

36.181.12-9	Micofenolato de mofetila ^(M) 500 mg – por comprimido
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	07/029
Atividade Profissional	65
Tipo do Prestador	30, 40, 50
Faixa Etária	00
Quantidade máxima	180
CID – 10	T86.1, Z94.0, Z94.1, Z94.4
Motivo de Cobrança	5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8
Forma de financiamento	Assistência Farmacêutica

Valor do Procedimento	R\$ 4,20
36.181.13-7	Sirolimo 1 mg/ml - solução oral – por frasco de 60 ml