



Posição de Estoque - Estabelecimento

MEDICAMENTO	ESTOQUE EM 16/07/2025
ABATACEPTE 125 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) 1 ML GRUPO 1.A	0
ABATACEPTE 250 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	0
ACETAZOLAMIDA 250 MG COMP GRUPO 2	0
ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 50 MG COMP GRUPO 1.B	0
ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 150 MG COMP GRUPO 1.B	570
ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 300 MG COMP GRUPO 1.B	900
ACIDO ZOLEDRONICO 0,05 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 100 ML GRUPO 2	3
ACITRETINA 10 MG CAP GRUPO 1.B	190
ACITRETINA 25 MG CAP GRUPO 1.B	250
ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	0
ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	142
ALENTUZUMABE 10 MG/ML SOL INJ (FR-AMP) 1,2 ML GRUPO 1.A	0
ALFA-ALGLICOSIDASE 50 MG PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO 1.A	364
ALFADORNASE 2,5 MG AMP GRUPO 1.A	24
ALFAELOSULFASE 1 MG/ML SOL INJ (FR) 5 ML GRUPO 1.A	1
ALFAEPOETINA 1.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	48
ALFAEPOETINA 2.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	0
ALFAEPOETINA 3.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	0
ALFAEPOETINA 4.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	335
ALFAEPOETINA 10.000 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	0
ALFAINTERFERONA 2B 3.000.000 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	0
ALFAINTERFERONA 2B 5.000.000 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	0
ALFAINTERFERONA 2B 10.000.000 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	0
ALFAPEGINTERFERONA 2A 180 MCG SOL INJ (FR-AMP)	0
ALFATALIGLICERASE 200 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	40
ALIMENTO NUTRICIONALMENTE COMPLETO 1-10 ANOS (ISOSOURCE)	0
AMANTADINA 100 MG COMP GRUPO 1.B	4830
AMBRISENTANA 5 MG COMP REV GRUPO 1.B	120
AMBRISENTANA 10 MG COMP REV GRUPO 1.B	0
ATORVASTATINA 10 MG COMP GRUPO 2	180
ATORVASTATINA 20 MG COMP GRUPO 2	1020
ATORVASTATINA 40 MG COMP GRUPO 2	1680
ATORVASTATINA 80 MG COMP GRUPO 2	0
AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2	6840
BARICITINIBE 2 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	300
BARICITINIBE 4 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	840
BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (22MCG) SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	12
BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (30MCG) PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC OU CAN PREENC) GRUPO 1.A	4
BETAINTERFERONA 1A 12.000.000UI (44MCG) SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	36
BETAINTERFERONA 1B 9.600.000UI (300MG) PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	15
BEZAFIBRATO 200 MG DRÁGEA OU COMP GRUPO 2	80
BEZAFIBRATO 400 MG COMP DE DESINT LENTA GRUPO 2	60
BIMATOPROSTA 0,3 MG/ML SOL OFT (FR) 3 ML GRUPO 1.A	188
BOSENTANA 62,5 MG COMP REV GRUPO 1.B	60
BOSENTANA 125 MG COMP REV GRUPO 1.B	600
BRIMONIDINA 2 MG/ML SOL OFT (FR) 5 ML GRUPO 2	0
BRINZOLAMIDA 10 MG/ML SUSP OFT (FR) 5 ML GRUPO 2	39
BROMETO DE TIOTRÓPIO MONOIDRATADO + CLORIDRATO DE OLODATEROL 2,5 + 2,5 MCG SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO GRUPO 1.B8	45

BROMETO DE UMECLIDÍNIO + TRIFENATATO DE VILANTEROL 62,5 + 25 MCG PÓ INAL (FR DE 30 DOSES) GRUPO 1.B	0
BUDESONIDA 200 MCG CAP INAL GRUPO 2 (FRASCO)	540
BUDESONIDA 400 MCG CAP INAL GRUPO 2 (FRASCO)	0
BUROSUMABE 10 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO 1.A	0
BUROSUMABE 20 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO 1.A	6
BUROSUMABE 30 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO 1.A	6
CABERGOLINA 0,5 MG COMP GRUPO 1.A	192
CALCITONINA 200 UI POR DOSE SPRAY NAS (FR) GRUPO 2	2
CALCITRIOL 0,25 MCG CAP GRUPO 2	4710
CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	134
CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGEA GRUPO 2	0
CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2	535
CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2	625
CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2	1020
CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2	7
CINACALCETE 30 MG COMP GRUPO 1.A	150
CINACALCETE 60 MG COMP GRUPO 1.A	180
CIPROFIBRATO 100 MG COMP GRUPO 2	450
CIPROTERONA 50 MG COMP GRUPO 1.B	0
CLADRIBINA 10 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	0
CLOBAZAM 10 MG COMP GRUPO 2	0
CLOBAZAM 20 MG COMP GRUPO 2	0
CLOBETASOL 0,5 MG/G CREM (BIS) 30 G GRUPO 2	0
CLOPIDOGREL 75 MG COMP GRUPO 2	580
CLOROQUINA 150 MG COMP GRUPO 2	0
CLOZAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A	480
CLOZAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A	2190
CODEÍNA 30 MG COMP GRUPO 2	1080
CODEÍNA 60 MG COMP GRUPO 2	180
COLISTIMETATO DE SÓDIO (POLIMIXINA E) 1.000.000 UI PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL ELENCO ESTADUAL	90
COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILCETONURICO MENOR DE 1 ANO - FORMULA DE AMINOÁCIDOS ISENTA DE FENILALANINA 1 G PÓ GRUPO 2	10
COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILCETONURICO MAIOR DE 1 ANO - FORMULA DE AMINOÁCIDOS ISENTA DE FENILALANINA 1 G PÓ GRUPO 2	0
DANAZOL 100 MG CAP GRUPO 1.B	0
DANAZOL 200 MG CAP GRUPO 1.B	0
DAPAGLIFLOZINA 10 MG COMPRIMIDO GRUPO 2	0
DEFERASIROX 125 MG COMP GRUPO 1.A	0
DEFERASIROX 250 MG COMP GRUPO 1.A	84
DEFERASIROX 500 MG COMP GRUPO 1.A	336
DEFERIPRONA 500 MG COMP GRUPO 1.B	100
DEFERROXAMINA 500 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	0
DESMOPRESSINA 0,1 MG COMP GRUPO 1.A	0
DESMOPRESSINA 0,1 MG/ML SOL OU SPRAY NAS (FR) 2,5 ML GRUPO 1.A	70
DESMOPRESSINA 0,2 MG COMP GRUPO 1.A	0
DONEPEZILA 5 MG COMP GRUPO 1.A	290
DONEPEZILA 10 MG COMP GRUPO 1.A	600
DORZOLAMIDA 20 MG/ML SOL OFT (FR) 5 ML GRUPO 2	153
ECULIZUMABE 10MG/ML SOL INJ FRASCO 30ML GRUPO 1.A	6
ELEXACAFITOR ASSOCIADO AO TEZACAFITOR E IVACAFITOR 100+50+75+150MG COMPRIMIDO GRUPO 1A.	168
ELEXACAFITOR ASSOCIADO AO TEZACAFITOR E IVACAFITOR 50+25+37,5+75MG COMPRIMIDO GRUPO 1A.	420
ELTROMBOPAGUE 25 MG COMP REV GRUPO 1.B	868
ELTROMBOPAGUE 50 MG COMP REV GRUPO 1.B	1008
ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG SOL INJ (SER PREENC) 0,4 ML GRUPO 1.A	150
ENOXAPARINA SÓDICA 60 MG SOL INJ (SER PREENC) 0,6 ML GRUPO 1.A	120
ENTACAPONA 200 MG COMP GRUPO 1.A	3090
ETANERCEPTE 25 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A	36

ETANERCEPTE (BIOSSIMILAR BIO-MANGUINHOS) 50 MG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A	0
ETANERCEPTE (PFIZER/ENBREL®) 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A	44
ETOSSUXIMIDA 50 MG/ML XPE (FR) 120 ML GRUPO 2	6
EVEROLIMO 0,5 MG COMP GRUPO 1.A	120
EVEROLIMO 0,75 MG COMP GRUPO 1.A	120
EVEROLIMO 1 MG COMP GRUPO 1.A	360
FENOFIBRATO 200 MG CAP GRUPO 2	0
FENOFIBRATO 250 MG CAP GRUPO 2	0
FILGRASTIM 300 MCG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A	0
FINGOLIMODE 0,5 MG CAP GRUPO 1.A	364
FLUDROCORTISONA 0,1 MG COMP GRUPO 2	0
FORMOTEROL 12 MCG PÓ INAL CÁPSULA GRUPO 2	60
FORMOTEROL + BUDESONIDA 6 + 200 MCG PÓ INAL (FR DE 60 DOSES) GRUPO 2	0
FORMOTEROL + BUDESONIDA 12 + 400 MCG PÓ INAL (FR DE 60 DOSES) GRUPO 2	0
FUMARATO DE DIMETILA 120 MG CÁPSULA GRUPO 1.A	14
FUMARATO DE DIMETILA 240 MG CÁPSULA GRUPO 1.A	448
GABAPENTINA 300 MG CAP GRUPO 2	4390
GABAPENTINA 400 MG CAP GRUPO 2	0
GALANTAMINA 8 MG CAP DE LIB PROL GRUPO 1.A	84
GALANTAMINA 16 MG CAP DE LIB PROL GRUPO 1.A	28
GALANTAMINA 24 MG CAP DE LIB PROL GRUPO 1.A	168
GALSULFASE 1 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 ML GRUPO 1.A	1
GENFIBROZILA 600 MG COMP GRUPO 2	0
GENFIBROZILA 900 MG COMP GRUPO 2	0
GLATIRAMER 20 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	0
GLATIRAMER 40 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	48
GOLIMUMABE 50 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	13
GOSSERRELINA 3,6 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B	4
GOSSERRELINA 10,8 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B	6
HIDROXICLOROQUINA 200 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	0
HIDROXICLOROQUINA 400 MG COMP GRUPO 2	4560
HIDROXIURÉIA 500 MG CAP GRUPO 1.B	2040
IDURSULFASE ALFA 2 MG/ML SOL INJ (FR) 3 ML GRUPO 1.A	22
ILOPROSTA 10 MCG/ML SOL P/ NEBUL (AMP) 1 ML GRUPO 1.B	1560
IMIGLUCERASE 400 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	10
IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A	62
INFLIXIMABE (BIOSSIMILAR A) 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML GRUPO 1.A	19
INFLIXIMABE 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML GRUPO 1.A	48
INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO PROLONGADA 100 UI/ML TUBETE 3 ML GRUPO 1.A	534
INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA (CRIANÇAS MENORES DE 4 ANOS E GRÁVIDAS) 100 UI/ML TUBETE 3 ML GRUPO 1.A	5
INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA 100 UI/ML TUBETE 3 ML GRUPO 1.A (CID E10)	582
INSULINA ASPARTE 100 UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 3 ML ELENCO ESTADUAL (CID E11)	0
INSULINA GLARGINA 100 UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 3 ML ELENCO ESTADUAL	362
INSULINA GLULISINA 100 UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 3 ML ELENCO ESTADUAL	0
INSULINA LISPRO 100 UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 3 ML ELENCO ESTADUAL	0
ISOTRETINOÍNA 10 MG CAP GRUPO 2	0
ISOTRETINOÍNA 20 MG CAP GRUPO 2	550
LAMOTRIGINA 25 MG COMP GRUPO 2	390
LAMOTRIGINA 50 MG COMP GRUPO 2	510
LAMOTRIGINA 100 MG COMP GRUPO 2	3420
LANREOTIDA 60 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	0
LANREOTIDA 90 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	0
LANREOTIDA 120 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	2
LARONIDASE 0,58 MG/ML SOL INJ (FR) 5 ML GRUPO 1.A	26
LATANOPROSTA 0,05 MG/ML SOL OFT (FR) 2,5 ML GRUPO 1.A	119
LEFLUNOMIDA 20 MG COMP GRUPO 1.A	750
LEUPRORRELINA 3,75 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	19
LEUPRORRELINA 11,25 MG PÓ LIOF INJ (SER PREENC) GRUPO 1.B	0

LEVETIRACETAM 100 MG/ML SOLUÇÃO ORAL 100 ML GRUPO 1.A	0
LEVETIRACETAM 100 MG/ML SOLUÇÃO ORAL 150 ML GRUPO 1.A	124
LEVETIRACETAM 250 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	2640
LEVETIRACETAM 500 MG COMPRIMIDO GRUPO 1A	420
LEVETIRACETAM 750 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	1290
LEVETIRACETAM 1000 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	300
LINAGLIPTINA 5 MG COMPRIMIDO ELENCO ESTADUAL	780
MEMANTINA, CLORIDRATO 10 MG CAP LIBERAÇÃO CONTROLADA GRUPO 1.A	1550
MEPOLIZUMABE 100 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO 1.B	14
MESALAZINA 1 G ENEMA 100 ML GRUPO 2	0
MESALAZINA 250 MG SUPOS GRUPO 2	0
MESALAZINA 500 MG SUPOS GRUPO 2	0
MESALAZINA 1000 MG SUPOS GRUPO 2	616
MESALAZINA 400 MG COMP GRUPO 2	840
MESALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2	5460
MESALAZINA 800 MG COMP GRUPO 2	520
METADONA 5 MG COMP GRUPO 2	480
METADONA 10 MG COMP GRUPO 2	1560
METOTREXATO 2,5 MG COMP GRUPO 1.A	4632
METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML GRUPO 1.A	8
MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP GRUPO 1.A	2250
MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG COMP GRUPO 1.A	1270
MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG COMP GRUPO 1.A	4250
MIGLUSTATE 100 MG CAP GRUPO 1.A	0
MORFINA 10 MG COMP GRUPO 2	350
MORFINA 30 MG COMP GRUPO 2	150
MORFINA 30 MG CAP LIBERAÇÃO CONTROLADA GRUPO 2	120
MORFINA 60 MG CAP LIBERAÇÃO CONTROLADA GRUPO 2	0
MORFINA 100 MG CAP LIBERAÇÃO CONTROLADA GRUPO 2	0
MORFINA 10 MG/ML AMPOLA GRUPO 2	0
MORFINA 10 MG/ML FRASCO SOLUÇÃO ORAL COMP GRUPO 2	1
NAPROXENO 250MG COMP GRUPO 2	0
NAPROXENO 500MG COMP GRUPO 2	72
NATALIZUMABE 300 MG SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	18
NUSINERSENA 2,4 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 ML GRUPO 1.A	0
OCTREOTIDA LAR 10 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	0
OCTREOTIDA LAR 20 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	3
OCTREOTIDA LAR 30 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	4
OLANZAPINA 5 MG COMP GRUPO 1.A	2850
OLANZAPINA 10 MG COMP GRUPO 1.A	5070
OMALIZUMABE 150 MG SOL INJ (FR-AMP) 2 ML GRUPO 1.B	0
ORLISTATE 120 MG CÁPSULA ELENCO ESTADUAL	0
PAMIDRONATO 60MG FRASCO AMPOLA GRUPO 2	0
PANCREATINA 10.000 UI CAP GRUPO 1.B	7740
PANCREATINA 25.000 UI CAP GRUPO 1.B	0
PARICALCITOL 5 MCG/ML SOL INJ (AMP) 1 ML GRUPO 1.A	25
PILOCARPINA 20 MG/ML SOL OFT (FR) 10 ML GRUPO 2	2
PIOGLITAZONA, CLORIDRATO 30 MG COMPRIMIDO ELENCO ESTADUAL	480
PIRIDOSTIGMINA 60 MG COMP GRUPO 2	720
PRAMIPEXOL 0,125 MG COMP GRUPO 1.A	1720
PRAMIPEXOL 0,250 MG COMP GRUPO 1.A	2290
PRAMIPEXOL 1 MG COMP GRUPO 1.A	2050
PRIMIDONA 100 MG COMP GRUPO 2	0
PRIMIDONA 250 MG COMP GRUPO 2	0
QUETIAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A	3450
QUETIAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A	3660
QUETIAPINA 200 MG COMP GRUPO 1.A	4230
QUETIAPINA 300 MG COMP GRUPO 1.A	540
RALOXIFENO 60 MG COMP GRUPO 2	364
RASAGILINA 1 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	270
RILUZOL 50 MG COMP GRUPO 1.A	896

RISANQUIZUMABE 90 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA) 0,83 ML GRUPO 1.A	0
RISDIPLAM 0,75 MG/ML PÓ PARA SOLUÇÃO 80 ML GRUPO 1.A	15
RISEDRONATO 35 MG COMP GRUPO 2	32
RISPERIDONA 1 MG/ML SOL ORAL (FR) 30 ML GRUPO 1.B	24
RISPERIDONA 1 MG COMP GRUPO 1.B	975
RISPERIDONA 2 MG COMP GRUPO 1.B	560
RISPERIDONA 3 MG COMP GRUPO 1.B	810
RITUXIMABE (BIOSSIMILAR B CELLTRION/TRUXIMA®) 500 MG SOL INJ (FR-AMP) 50 ML GRUPO 1.A	0
RITUXIMABE (BIOSSIMILAR BIO-MANGUINHOS/RIXYMIO®) 500 MG SOL INJ (FR-AMP) 50 ML GRUPO 1.A	4
RITUXIMABE (ROCHE/MABTHERA®) 500 MG SOL INJ (FR-AMP) 50 ML GRUPO 1.A	0
RIVASTIGMINA 1,5 MG CAP GRUPO 1.A	60
RIVASTIGMINA 2 MG/ML SOL ORAL (FR) 120 ML GRUPO 1.B	0
RIVASTIGMINA 3 MG CAP GRUPO 1.A	120
RIVASTIGMINA 4,5 MG CAP GRUPO 1.A	90
RIVASTIGMINA 6 MG CAP GRUPO 1.A	0
RIVASTIGMINA 9 MG ADESIVO TRANSDÉRMICO GRUPO 1.A	30
RIVASTIGMINA 18 MG ADESIVO TRANSDÉRMICO GRUPO 1.A	120
ROMOSOZUMABE 90 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA) 1,17 ML GRUPO 1.A	4
SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO 100 MG SOL INJ (FR) 5 ML GRUPO 1.B	123
SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA 50 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.B	2408
SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA 100 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.B	0
SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA 200 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.B	3480
SECUQUINUMABE 150 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	123
SELEGILINA 5 MG COMP GRUPO 1.B	0
SELEXIPAGUE 1000MCG COMPRIMIDO GRUPO 1B	0
SELEXIPAGUE 1200MCG COMPRIMIDO GRUPO 1B	60
SELEXIPAGUE 1400MCG COMPRIMIDO GRUPO 1B	0
SELEXIPAGUE 1600MCG COMPRIMIDO GRUPO 1B	60
SELEXIPAGUE 600MCG COMPRIMIDO GRUPO 1B	60
SELEXIPAGUE 800MCG COMPRIMIDO GRUPO 1B	300
SERTRALINA, CLORIDRATO 25 MG COMPRIMIDO ELENCO ESTADUAL	0
SERTRALINA, CLORIDRATO 50 MG COMPRIMIDO ELENCO ESTADUAL	0
SEVELAMER 800 MG COMP GRUPO 1.A	720
SIBUTRAMINA, CLORIDRATO 10 MG COMPRIMIDO ELENCO ESTADUAL	0
SIBUTRAMINA, CLORIDRATO 15 MG COMPRIMIDO ELENCO ESTADUAL	0
SILDENAFILA 20 MG COMP GRUPO 1.A	3180
SILDENAFILA 25 MG COMP GRUPO 1.A	72
SILDENAFILA 50 MG COMP GRUPO 1.A	0
SIROLIMO 1 MG DRÁGEA GRUPO 1.A	420
SIROLIMO 2 MG DRÁGEA GRUPO 1.A	300
SOMATROPINA 4 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	0
SOMATROPINA 12 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	799
SULFASSALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2	840
TACROLIMO 1 MG CAP GRUPO 1.A	3200
TACROLIMO 5 MG CAP GRUPO 1.A	1310
TERIFLUNOMIDA 14 MG COMP GRUPO 1.A	390
TERIPARATIDA 250 MCG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 2,4 ML ELENCO ESTADUAL	39
TIMOLOL 5 MG/ML SOL OFT (FR) 5 ML GRUPO 2	102
TOBRAMICINA 300/5 MG/ML SOLUÇÃO INALATÓRIA (POR AMPOLA) GRUPO 1.A	280
TOCILIZUMABE 20 MG/ML SOL INJ (FR-AMP) 4 ML GRUPO 1.A	470
TOFACITINIBE 5 MG COMP GRUPO 1.A	1260
TOPIRAMATO 25 MG COMP GRUPO 2	420
TOPIRAMATO 50 MG COMP GRUPO 2	900
TOPIRAMATO 100 MG COMP GRUPO 2	840
TOXINA BOTULINICA TIPO A 100 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	14
TOXINA BOTULINICA TIPO A 500 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	23
TRAVOPROSTA 0,04 MG/ML SOL OFT (FR) 2,5 ML GRUPO 1.A	6
TRIEXIFENIDIL 5 MG COMP GRUPO 1.B	0

TRIPTORRELINA 3,75 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	4
TRIPTORRELINA 11,25 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	4
TRIPTORRELINA 22,5 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	3
UMECLIDÍNIO, BROMETO 62,5 MCG PÓ PARA INALAÇÃO ORAL 30 DOSES ELENCO ESTADUAL	0
UPADACITINIBE 15 MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA GRUPO 1.A	930
USTEQUINUMABE 45/0,5 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) 0,5 ML GRUPO 1.A	9
VEDOLIZUMABE 300 MG PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO 1.A	1
VIGABATRINA 500 MG COMP GRUPO 2	900
ZIPRASIDONA 40 MG CAP GRUPO 1.A	900
ZIPRASIDONA 80 MG CAP GRUPO 1.A	1064

**Fonte: Sistema Hórus/SAF/SES-MT**

Observações:

1. Este relatório refere-se ao estoque da Farmácia Estadual, localizada na Avenida Thogo da Silva Pereira, nº63, Bairro Centro Sul em Cuiabá, a qual é responsável por distribuir as medicações do Componente Especializado para Cuiabá e Baixada Cuiabana.
2. A informação da quantidade em estoque de cada medicação, se dará sempre na menor quantidade fracionável possível, exemplo: por comprimido, por ampola, por frasco, etc.
3. Todas as medicações elencadas acima estão padronizadas no Componente Especializada da Assistência Farmacêutica do SUS, e seu acesso se dá através de critérios de inclusão descritos nos seus respectivos PCDT's (Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas), disponíveis no link <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas>

Cuiabá, 16 de julho de 2025.