

PORTARIA SMS Nº 014/2026

DISPÕE SOBRE A ATUALIZAÇÃO DAS NORMAS TÉCNICAS E ADMINISTRATIVAS RELACIONADAS À PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A ANÁLISE TÉCNICA CONTEMPLADOS NA RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME) NO ÂMBITO DAS UNIDADES INTEGRANTES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SOB GESTÃO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES.

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPOS DOS GOYTACAZES, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a necessidade de normatizar e atualizar as diretrizes do atendimento, prescrição e dispensação dos medicamentos padronizados no município, e com o objetivo de fornecer medicamentos sujeitos a análise técnica, de forma a viabilizar o tratamento instituído, e ainda, tendo em vista a necessidade de melhorar a resolutividade da assistência à saúde;

Considerando a Lei Federal nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos e seu regulamento, o Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974;

Considerando a Lei Federal nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei Federal 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que estabelece o medicamento genérico, dispondo sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;

Considerando o Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências;

Considerando a Resolução RDC nº. 135, de 29 de maio de 2003 – Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), que aprova o Regulamento Técnico para Medicamentos Genéricos;

Considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 338, de 6 de maio de 2004, a qual aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos;

Considerando a Portaria 344 de 12 de maio 1998 - SVS que aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial;

Considerando a Portaria do Ministério da Saúde nº. 3.916/GM/MS, de 30 de outubro de 1998, que aprova a Política Nacional de Medicamentos;

Considerando a Portaria do Ministério da Saúde nº. 1.555/GM/MS, de 30 de julho de 2013, que aprova as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria GM/MS n.º 6.324, de 26 de dezembro de 2024, que estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename 2024) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename 2024);

Considerando a Portaria SMS nº 005/2026 que constituiu a Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT – no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes e dá outras providências;

Considerando a 1ª, 2ª, 3ª, 4ª e 5ª Atas de Reuniões da CFT em 2026, que discutiu os procedimentos de dispensação e a atualização do elenco de medicamentos do município;

Considerando que a lista de medicamentos constante desta Portaria foi aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde em reunião no dia 09 de junho de 2026;

Considerando a necessidade de estabelecer e atualizar normas relativas ao fornecimento dos medicamentos e a necessidade de garantir maior segurança aos profissionais e aos pacientes quanto aos processos de prescrição e dispensação de medicamentos;

Considerando os códigos de ética que regulamentam o exercício profissional de Medicina, Farmácia, Enfermagem e Odontologia;

Considerando o perfil nosológico da população de Campos dos Goytacazes, **RESOLVE:**

CAPÍTULO I

DO REQUERIMENTO DE MEDICAMENTO SUJEITO A ANÁLISE TÉCNICA

Art. 1º Atualizar, no âmbito das unidades integrantes do Sistema Único de Saúde sob gestão da Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes, na forma de anexo desta Portaria, a Relação Municipal de Medicamentos sujeitos a análise técnica.

§ 1º – Os medicamentos constantes na lista do requerimento, pertencentes a REMUME, necessitam de análise técnica detalhada, prévia a dispensação, em razão da complexidade e do financiamento deste grupo farmacológico.

DA ABERTURA DO REQUERIMENTO

Art. 2º Para iniciar o processo, o paciente ou seu responsável deverá dar entrada à solicitação no Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF), localizado na Rua Voluntários da Pátria, 875 – Centro, na Secretaria Municipal de Saúde, com a apresentação obrigatória dos seguintes documentos do paciente:

§ 1º - DOCUMENTOS PESSOAIS:

- a) Original e cópia impressa do Cartão Nacional de Saúde – CNS;
- b) Original e cópia impressa de documento de identidade;
- c) Original e cópia impressa do CPF;
- d) Original e cópia impressa do comprovante de residência.

§ 2º - DOCUMENTAÇÃO MÉDICA (impressa):

- a) Formulário de solicitação de medicamentos (preenchimento manual e exclusivo pelo profissional médico especialista);
- b) Receita médica emitida pelo médico especialista devidamente preenchida, em 2 vias, com a prescrição do medicamento feita pelo nome genérico do princípio

ativo, emitida a menos de 90 dias (validade de 30 dias para medicamentos sob regime especial de controle – PT 344/1998/ANVISA);

- I- No caso dos medicamentos RISPERIDONA 1MG/ML e TRAMADOL 50MG, conforme a Portaria 344/1998/ANVISA, o paciente deve apresentar receituário de Controle Especial, atualizada, em duas vias e com nomenclatura genérica (princípio ativo), observando a denominação comum brasileira (DCB);
 - II- No caso do medicamento MORFINA 30MG, conforme Portaria 344/1998/ANVISA, o paciente deverá apresentar **receita amarela (tipo A1)**, numerada e com notificação de receita, por ser um entorpecente;
- c) Laudo médico circunstanciado com CID e menção expressa do diagnóstico, descrição clínica dos sinais e sintomas, histórico terapêutico (ineficácia e/ou intolerância), comorbidades associadas, justificativa do uso e justificativa de urgência (se houver), emitido a menos de 90 dias;
- I- No caso do medicamento ENOXAPARINA 40MG, tendo como referência o Protocolo de fornecimento da Enoxaparina (PORTARIA 030/2023), o paciente deverá apresentar: Diagnóstico de Doença Renal Crônica (CID – 10: N18.0 e N18.8) por Nefropatia Diabética (CID – 10: N08.3) e o Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (Anexo III);
- d) Para requerimento dos medicamentos Hipoglicemiantes (Pioglitazona e Vildagliptina), o paciente deve apresentar os seguintes exames laboratoriais: Hemograma completo, Glicose e Hemoglobina Glicada;

§ 3º - OUTROS DOCUMENTOS (impressos):

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade preenchido (se houver). No caso de assinatura por responsável, apresentar cópia de IDENTIDADE e CPF do mesmo. Os termos podem ser encontrados nos respectivos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

- Declaração autorizadora de retirada por terceiros acompanhada de cópia de RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA do representante e cópia de identidade do

paciente (no caso de retirada por representante). Declaração autorizadora para representantes

Art. 3º Quando a abertura do requerimento for realizada por representante legal, os documentos do mesmo e do paciente devem ser apresentados.

Art. 4º O início de fornecimento poderá ter uma carência de até 30 (trinta) dias a contar da data que foram entregues os documentos no Departamento de Assistência Farmacêutica, devido à necessidade de análise das documentações apresentadas.

DA RENOVAÇÃO DO REQUERIMENTO

Art. 5º O requerimento tem validade de seis meses a contar da data de sua aprovação. Para efetuar sua renovação, é necessário apresentar laudo médico e prescrição médica atualizada.

CAPÍTULO II

DA DISPENSAÇÃO

Art. 6º Os medicamentos pertencentes à listagem do Requerimento de Medicamento Sujeito a Análise Técnica serão dispensados exclusivamente no Departamento de Assistência Farmacêutica mediante:

- I. Documento de identificação com foto;
- II. CPF;
- III. Cartão Nacional de Saúde (“cartão do SUS”);
- IV. Prescrição assinada e carimbada por profissional médico, legalmente habilitado;
- V. Medicamento pertencente à Portaria SVS/MS nº 344, de 1988, deverá seguir as normas estabelecidas pela Portaria em questão.

§ 1º - Os pacientes com idade até 12 anos poderão apresentar Carteira de Vacinação ou Certidão de nascimento.

§ 2º - O medicamento ENOXAPARINA 40mg será fornecido **exclusivamente** para pacientes renais crônicos, e o paciente ou o responsável deverá retirar a quantidade do medicamento suficiente para o número de sessões de hemodiálise realizadas no período de 30 (trinta) dias de tratamento, estabelecida na receita médica.

§ 3º - Os medicamentos TRAMADOL 50MG e MORFINA 30MG serão fornecidos **exclusivamente** para pacientes em tratamento oncológico. Para a liberação, é obrigatória a apresentação de laudo médico que especifique e comprove a respectiva condição clínica.

Art. 7º A validade da receita, bem como a quantidade a ser dispensada deve seguir a REMUME.

Campos dos Goytacazes, 23 de junho de 2026.

Marcos da Silva Gonçalves
Subsecretário Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes

ANEXO I

MEDICAMENTOS SUJEITOS A ANÁLISE TÉCNICA

1 – Anti-hipertensivo

Bisoprolol	comprimido 2,5 mg
------------	-------------------

2 - Anticoagulantes

Enoxaparina sódica	solução injetável 40 mg (IV/SC)
--------------------	---------------------------------

3 - Hipoglicemiantes

Pioglitazona, cloridrato	comprimido 15 mg
Pioglitazona, cloridrato	comprimido 30 mg
Vildagliptina	comprimido 50 mg

4 - Antipsicóticos

Risperidona	solução oral 1 mg/mL, 30 mL
-------------	-----------------------------

5 – Analgésico Opióide

Morfina, sulfato	comprimido 30 mg
Tramadol, cloridrato	cápsula 50 mg

6 - Antiarrítmico

Propafenona, cloridrato	comprimido 300 mg
-------------------------	-------------------

ANEXO II

Formulário de Solicitação de Medicamentos

***Todos os campos são de preenchimento obrigatório e exclusivo pelo médico especialista solicitante**

Nome:	
CPF:	
Cartão Nacional de Saúde (CNS):	
Telefone:	
Unidade de Atendimento:	
CNES da unidade:	Data:
Nome genérico do medicamento:	
Posologia:	
*LAUDO MÉDICO CIRCUNSTANCIADO:	
• CID e menção expressa do diagnóstico • Descrição clínica dos sinais e sintomas do paciente; • Histórico terapêutico (Ineficácia ou intolerância); • Comorbidades associadas; • Justificativa do medicamento prescrito; • Justificativa da urgência, caso houver.	
Tempo de tratamento:	
() contínuo, renovado a cada seis meses () tempo definido (meses): _____	
Nome do profissional solicitante:	
Assinatura e carimbo:	
DOCUMENTOS SOLICITADOS:	Quantidade
Cópia de comprovante de residência (últimos 2 meses)	01
Cópia Carteira de Identidade	01
Cópia CPF	01
Cópia CNS (cartão do SUS)	01
Cópia Certidão Nascimento (criança)	01
Receita atual com nome genérico	01
Laudo circunstanciado*	01
Exames laboratoriais (somente para medicamentos hipoglicemiantes): Hemograma completo, Glicose e Hemoglobina glicada	01

Obs: 1 - O comprovante de residência deverá estar em nome do paciente ou parente mediante comprovação.

2 – A receita terá validade para 6 meses, quando para indicação médica de uso contínuo.

3 – Para medicamentos constantes na Portaria 344/98 (controlados) a receita é válida por 30 dias.

ANEXO III

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE ENOXAPARINA SÓDICA

Eu, _____ (nome do paciente ou do seu responsável legal), declaro ter sido informado (a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações, e principais efeitos adversos relacionados ao uso da Enoxaparina Sódica, indicada para a prevenção da formação de trombos na circulação extracorpórea durante a hemodiálise.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico). Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer a melhora dos sintomas e redução das complicações. E que também fui claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

Evento adverso mais comum: hemorragia que pode ocorrer em qualquer local do corpo, principalmente na presença de fatores de risco associados, como lesões orgânicas suscetíveis a sangramento, procedimentos invasivos ou uso de associações medicamentosas que afetam a coagulação.

Outros eventos adversos menos comumente relatados em ensaios clínicos foram: trombocitose, trombocitopenia, hematoma, dor local, aumento das enzimas hepáticas, urticária, prurido, eritema e reação alérgica. Fui claramente informado (a) que devo comunicar a qualquer profissional de saúde, que faço uso de terapia anticoagulante, principalmente no caso de realização de procedimentos em que haja risco de hemorragia (por exemplo, procedimentos odontológicos ou médico – cirúrgicos). Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

(☐) Sim (☐) Não

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

(☐) Enoxaparina Sódica solução injetável 40mg/0,4 ml

Nome do paciente:	
Cartão Nacional de Saúde:	
Nome do responsável legal:	
Documento de identificação do responsável legal:	
Assinatura do paciente ou do responsável legal:	
Médico responsável:	
CRM:	UF:
Assinatura e carimbo do médico:	
Local:	Data: