

**Prefeitura Municipal de Janaúba  
Secretaria Municipal da Saúde  
Comissão Farmacoterapêutica - CFT**

**Solicitação de inclusão, exclusão ou substituição de medicamentos  
na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME – MG)**

INCLUSÃO     EXCLUSÃO     SUBSTITUIÇÃO

**1- Nome genérico do medicamento:**

**2- Nomes comerciais:**

**3- Designar as formas farmacêuticas que você deseja que sejam incluídas  
/excluídas:**

Comprimidos     Cápsula     Ampola     Susp. Oral

Solução Oral     Pomada     Creme     Supositório

**4-Indicações terapêuticas sugeridas:**

---

---

---

---

Classe terapêutica:

---

---

**5- Em caso de inclusão indique:**

Dose p/ Adulto:

Dose Pediátrica:

Duração do tratamento:



**Prefeitura Municipal de Janaúba  
Secretaria Municipal da Saúde  
Comissão Farmacoterapêutica - CFT**

**6- Razões terapêuticas para a inclusão, exclusão ou substituição do medicamento proposto:**

---

---

---

Obs. No caso de existirem na REMUME alternativas para a mesma indicação terapêutica, justifique as vantagens da substituição.

**7- Indique as contra-indicações, precauções e toxicidade relacionadas com o uso do medicamento:**

---

---

---

---

**8- Em caso de exclusão indique que outros medicamentos existentes na REMUME podem substituí-lo e, em caso de inclusão, que outros medicamentos poderá substituir o que está sendo proposto e por qual motivo:**

---

---

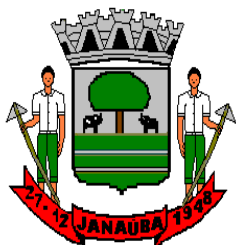
---

---

**9- Listar três estudos conforme a melhor evidência científica disponível que fundamente a eficácia/efetividade do fármaco.**

a) \_\_\_\_\_

---



**Prefeitura Municipal de Janaúba  
Secretaria Municipal da Saúde  
Comissão Farmacoterapêutica - CFT**

b) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10- Indique a que Grupo será utilizado este medicamento:**

Atenção Básica

Saúde Mental

Fitoterápicos

Hospitalar

Excepcionais

Outro  \_\_\_\_\_

**11- Outras informações:**

**- O medicamento está disponível no mercado nacional?**

SIM  NÃO

**- Esta incluído na lista da RENAME (Relação Nacional de Medic. Essenciais)?**

SIM  NÃO

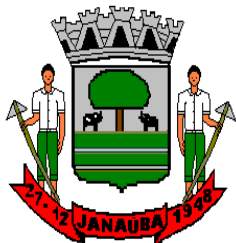
**- Está registrado sob a forma GENÉRICO?**

SIM  NÃO

**- Existe mais de um produtor do medicamento?**

SIM  NÃO

**- Quais?** \_\_\_\_\_



**Prefeitura Municipal de Janaúba  
Secretaria Municipal da Saúde  
Comissão Farmacoterapêutica - CFT**

Solicitante: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Fone contato: \_\_\_\_\_

**OBS: Apenas serão analisadas as propostas preenchidas integralmente e com dados suficientes para análise. Cada ficha deve corresponder a apenas um produto (princípio ativo). Nos casos de propostas de substituição, referir claramente o produto que se pretende ver substituído.**