



ELENCO ESTADUAL

UF	Medicamento	Composição	Antecipação
AL	ABATACEPTE 125 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) 1 ML GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	ABATACEPTE 250 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	ACETAZOLAMIDA 250 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 150 MG COMP GRUPO 1.B	N?O	N?O
AL	ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 300 MG COMP GRUPO 1.B	N?O	N?O
AL	ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 50 MG COMP GRUPO 1.B	N?O	N?O
AL	ÁCIDO ZOLEDRÔNICO 0,05 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 100 ML GRUPO 2	N?O	N?O
AL	ACITRETINA 10 MG CAP GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	ACITRETINA 25 MG CAP GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	AGULHA DESCARTÁVEL, AÇO INOXIDÁVEL, 4 MM, 32 G, CANETA APLICADORA DE	N?O	N?O
AL	ALFA-ALGLICOSIDASE 50 MG PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO	N?O	N?O
AL	ALFACALCIDOL 0,25 MCG CAP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	ALFACALCIDOL 1 MCG CAP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	ALFADORNASE 2,5 MG AMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	ALFAELOSULFASE 1 MG/ML SOL INJ (FR) 5 ML GRUPO 1.A	N?O	N?O
AL	ALFAEPOETINA 10.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	ALFAEPOETINA 2.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	ALFAEPOETINA 4.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	ALFAPEGINTERFERONA 2A 180 MCG SOL INJ (FR-AMP)	N?O	SIM
AL	ALFATALIGLICERASE 200 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	ALFAVELAGLICERASE 200 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	ALFAVELAGLICERASE 400 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	AMANTADINA 100 MG COMP GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	AMBRISENTANA 10 MG COMP REV GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	AMBRISENTANA 5 MG COMP REV GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	ATORVASTATINA 10 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	ATORVASTATINA 20 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	ATORVASTATINA 40 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	ATORVASTATINA 80 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	BARICITINIBE 2 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	N?O	N?O
AL	BARICITINIBE 4 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	N?O	N?O
AL	BECLOMETASONA 250 MCG SPRAY (FR DE 200 DOSES) GRUPO 2	N?O	SIM
AL	BETAINTERFERONA 1A 12.000.000UI (44MCG) SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (22MCG) SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (30MCG) PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC)	N?O	SIM
AL	BETAINTERFERONA 1B 9.600.000UI (300MG) PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	BIMATOPROSTA 0,3 MG/ML SOL OFT (FR) 3 ML GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	BIOTINA 2,5 MG CÁPSULA GRUPO 1.A	N?O	N?O
AL	BOSENTANA 125 MG COMP REV GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	BOSENTANA 62,5 MG COMP REV GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	BRIMONIDINA 2 MG/ML SOL OFT (FR) 5 ML GRUPO 2	N?O	SIM
AL	BRINZOLAMIDA 10 MG/ML SUSP OFT (FR) 5 ML GRUPO 2	N?O	SIM
AL	BROMETO DE UMECLIDÍNIO + TRIFENATATO DE VILANTEROL 62,5 + 25 MCG PÓ INAL	N?O	N?O
AL	BROMOCRIPTINA 2,5 MG COMP GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	BUDESONIDA 200 MCG CAP INAL GRUPO 2	N?O	SIM
AL	CABERGOLINA 0,5 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	CALCIPOTRIOL 50 MCG/G POM (BIS) 30 G GRUPO 2	N?O	SIM
AL	CALCITONINA 200 UI POR DOSE SPRAY NAS (FR) GRUPO 2	N?O	SIM
AL	CALCITRIOL 0,25 MCG CAP GRUPO 2	N?O	SIM



ELENCO ESTADUAL

UF	Medicamento	Composição	Antecipação
AL	CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	CICLOFOSFAMIDA 50 MG DRÁGEA GRUPO 2	N?O	SIM
AL	CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2	N?O	SIM
AL	CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	CINACALCETE 30 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	CINACALCETE 60 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	CIPROFIBRATO 100 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	CIPROTERONA 50 MG COMP GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	CLOBAZAM 10 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	CLOBAZAM 20 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	CLOBETASOL 0,5 MG/G CREM (BIS) 30 G GRUPO 2	N?O	SIM
AL	CLOBETASOL 0,5 MG/G SOL CAPI (FR) 50 G GRUPO 2	N?O	SIM
AL	CLOPIDOGREL 75 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	CLOZAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	CLOZAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	CODEÍNA 30 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILCETONURICO MAIOR DE 1 ANO -	N?O	SIM
AL	COMPLEMENTO ALIMENTAR P/ PACIENTE FENILCETONURICO MENOR DE 1 ANO -	N?O	SIM
AL	DANAZOL 100 MG CAP GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	DAPAGLIFLOZINA 10 MG COMPRIMIDO GRUPO 2	N?O	N?O
AL	DEFERASIROX 125 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	DEFERASIROX 250 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	DEFERASIROX 500 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	DESFERROXAMINA 500 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	DESMOPRESSINA 0,1 MG/ML SOL OU SPRAY NAS (FR) 2,5 ML GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	DICLORIDRATO DE SAPROPTERINA 100 MG COMP GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	DONEPEZILA 10 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	DONEPEZILA 5 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	DORZOLAMIDA 20 MG/ML SOL OFT (FR) 5 ML GRUPO 2	N?O	SIM
AL	ELBASVIR + GRAZOPREXIVIR 50 + 100 MG COMPRIMIDO	N?O	N?O
AL	ELTROMBOPAGUE 25 MG COMP REV GRUPO 1.B	N?O	N?O
AL	ELTROMBOPAGUE 50 MG COMP REV GRUPO 1.B	N?O	N?O
AL	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG SOL INJ (SER PREENC) 0,4 ML GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	ENTACAPONA 200 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	ENTECAVIR 0,5 MG COMP	N?O	SIM
AL	ETANERCEPTE 25 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	ETANERCEPTE (BIOSSIMILAR BIO-MANGUINHOS) 50 MG SOL INJ (FR-AMP OU SER	N?O	SIM
AL	ETANERCEPTE (PFIZER/ENBREL®) 50 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC)	N?O	SIM
AL	ETOSSUXIMIDA 50 MG/ML XPE (FR) 120 ML GRUPO 2	N?O	SIM
AL	EVEROLIMO 0,5 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	EVEROLIMO 0,75 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	EVEROLIMO 1 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	FENOFIBRATO 200 MG CAP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	FILGRASTIM 300 MCG SOL INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	FINGOLIMODE 0,5 MG CAP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	FLUDROCORTISONA 0,1 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	FORMOTEROL + BUDESONIDA 12 + 400 MCG CAP INAL GRUPO 2	N?O	SIM
AL	FORMOTEROL + BUDESONIDA 12 + 400 MCG CÁPSULA ELENCO ESTADUAL	N?O	SIM
AL	FORMOTEROL + BUDESONIDA 12 + 400 MCG PÓ INAL (FR DE 60 DOSES) GRUPO 2	N?O	SIM



ELENCO ESTADUAL

UF	Medicamento	Composição	Antecipação
AL	FORMOTEROL + BUDESONIDA 12 + 400 MCG PÓ PARA INALAÇÃO ORAL 60 DOSES	N?O	SIM
AL	FORMOTEROL + BUDESONIDA 6 + 200 MCG CAP INAL GRUPO 2	N?O	SIM
AL	FORMOTEROL 12 MCG CAP INAL GRUPO 2	N?O	N?O
AL	FUMARATO DE DIMETILA 120 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	FUMARATO DE DIMETILA 240 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	GABAPENTINA 300 MG CAP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	GABAPENTINA 400 MG CAP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	GALANTAMINA 16 MG CAP DE LIB PROL GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	GALANTAMINA 24 MG CAP DE LIB PROL GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	GALANTAMINA 8 MG CAP DE LIB PROL GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	GALSULFASE 1 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 ML GRUPO 1.A	N?O	N?O
AL	GLATIRAMER 40 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP OU SER PREENC) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	GLECAPREVIR + PIBRENTASVIR 100 + 40 MG COMPRIMIDO	N?O	SIM
AL	GOLIMUMABE 50 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	GOSSERRELINA 10,8 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	GOSSERRELINA 3,6 MG DEPOT (SER PREENC) GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	HIDROXICLOROQUINA 200 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	N?O	N?O
AL	HIDROXICLOROQUINA 400 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	HIDROXIURÉIA 500 MG CAP GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	IDURSULFASE ALFA 2 MG/ML SOL INJ (FR) 3 ML GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	ILOPROSTA 10 MCG/ML SOL P/ NEBUL (AMP) 1 ML GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	IMIGLUCERASE 400 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 100 UI SOL INJ (FR)	N?O	SIM
AL	IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 1000 UI SOL INJ (FR)	N?O	SIM
AL	IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 600 UI SOL INJ (FR)	N?O	SIM
AL	IMUNOGLOBULINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	INDACATEROL, MALEATO 150 MCG CÁPSULA ELENCO ESTADUAL	N?O	SIM
AL	INFLIXIMABE (BIOSSIMILAR A) 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	INFLIXIMABE 10 MG/ML PÓ LIOF INJ (FR-AMP) 10 ML GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA (CRIANÇAS MENORES DE 4 ANOS E	N?O	SIM
AL	INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA 100 UI/ML TUBETE 3 ML GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	INSULINA DETEMIR 100 UI/ML COM SISTEMA DE APLICAÇÃO SOLUÇÃO INJETÁVEL 3	N?O	SIM
AL	INSULINA GLARGINA 100 UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 3 ML COM SISTEMA DE	N?O	SIM
AL	ISOTRETINOÍNA 10 MG CAP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	ISOTRETINOÍNA 20 MG CAP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	LAMIVUDINA 150 MG COMP	N?O	SIM
AL	LAMOTRIGINA 100 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	LAMOTRIGINA 25 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	LAMOTRIGINA 50 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	LANREOTIDA 120 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	LANREOTIDA 60 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	LANREOTIDA 90 MG SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	LARONIDASE 0,58 MG/ML SOL INJ (FR) 5 ML GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	LATANOPROSTA 0,05 MG/ML SOL OFT (FR) 2,5 ML GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	LEDIPASVIR + SOFOSBUVIR 90 + 400 MG COMPRIMIDO	N?O	SIM
AL	LEFLUNOMIDA 20 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	LEUPRORRELINA 11,25 MG PÓ LIOF INJ (SER PREENC) GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	LEUPRORRELINA 3,75 MG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	LEVETIRACETAM 100 MG/ML SOLUÇÃO ORAL 100 ML GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	LEVETIRACETAM 250 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	N?O	N?O
AL	LEVETIRACETAM 750 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	N?O	N?O
AL	MEMANTINA, CLORIDRATO 10 MG CAP LIBERAÇÃO CONTROLADA GRUPO 1.A	N?O	SIM



ELENCO ESTADUAL

UF	Medicamento	Composição	Antecipação
AL	MEPOLIZUMABE 100 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO 1.B	N?O	N?O
AL	MESALAZINA 250 MG SUPOS GRUPO 2	N?O	SIM
AL	MESALAZINA 400 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	MESALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	MESALAZINA 500 MG SUPOS GRUPO 2	N?O	SIM
AL	MESALAZINA 800 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	METADONA 10 MG COMP GRUPO 2	N?O	N?O
AL	METOTREXATO 2,5 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	METOTREXATO 25 MG/ML SOL INJ (AMP) 2 ML GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	MIGLUSTATE 100 MG CAP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	MORFINA 10 MG/ML SOL INJ (AMP) 1 ML GRUPO 2	N?O	SIM
AL	MORFINA 30 MG CAP LIBERAÇÃO CONTROLADA GRUPO 2	N?O	SIM
AL	MORFINA 30 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	NATALIZUMABE 300 MG SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	NUSINERSENA 2,4 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 ML GRUPO 1.A	N?O	N?O
AL	OCTREOTIDA LAR 10 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	OCTREOTIDA LAR 20 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	OCTREOTIDA LAR 30 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	OCTREOTIDA 0,1 MG/ML SOL INJ (AMP) GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	OLANZAPINA 10 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	OLANZAPINA 5 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	OMALIZUMABE 150 MG SOL INJ (FR-AMP) 2 ML GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	PANCREATINA 10.000 UI CAP GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	PANCREATINA 25.000 UI CAP GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	PARICALCITOL 5 MCG/ML SOL INJ (AMP) 1 ML GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	PENICILAMINA 250 MG CAP GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	PILOCARPINA 20 MG/ML SOL OFT (FR) 10 ML GRUPO 2	N?O	SIM
AL	PIRIDOSTIGMINA 60 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	PRAMIPEXOL 0,125 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	PRAMIPEXOL 0,25 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	PRAMIPEXOL 1 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	PRIMIDONA 100 MG COMP GRUPO 2	N?O	N?O
AL	PRIMIDONA 250 MG COMP GRUPO 2	N?O	N?O
AL	QUETIAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	N?O
AL	QUETIAPINA 200 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	N?O
AL	QUETIAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	QUETIAPINA 300 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	RALOXIFENO 60 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	RASAGILINA 1 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	RIBAVIRINA 250 MG CAP	N?O	SIM
AL	RILUZOL 50 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	RISANQUIZUMABE 90 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)	SIM	N?O
AL	RISEDRONATO 35 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	RISPERIDONA 1 MG COMP GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	RISPERIDONA 1 MG/ML SOL ORAL (FR) 30 ML GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	RISPERIDONA 2 MG COMP GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	RITUXIMABE (BIOSSIMILAR BIO-MANGUINHOS/RIXYMIO®) 500 MG SOL INJ (FR-AMP)	N?O	SIM
AL	RITUXIMABE (ROCHE/MABTHERA®) 500 MG SOL INJ (FR-AMP) 50 ML GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	RIVASTIGMINA 1,5 MG CAP GRUPO 1.A	N?O	SIM



ELENCO ESTADUAL

UF	Medicamento	Composição	Antecipação
AL	RIVASTIGMINA 18 MG ADESIVO TRANSDÉRMICO GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	RIVASTIGMINA 2 MG/ML SOL ORAL (FR) 120 ML GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	RIVASTIGMINA 3 MG CAP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	RIVASTIGMINA 4,5 MG CAP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	RIVASTIGMINA 6 MG CAP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	RIVASTIGMINA 9 MG ADESIVO TRANSDÉRMICO GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO 100 MG SOL INJ (FR) 5 ML GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA 100 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.B	N?O	N?O
AL	SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA 200 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.B	N?O	N?O
AL	SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA 50 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.B	N?O	N?O
AL	SALMETEROL, XINAFOATO + FLUTICASONA 50 + 250 MCG/DOSE PÓ PARA	N?O	SIM
AL	SALMETEROL, XINAFOATO + FLUTICASONA 50 + 500 MCG/DOSE AEROSSOL ORAL	N?O	SIM
AL	SALMETEROL, XINAFOATO 50 MCG PÓ PARA INALAÇÃO ORAL 60 DOSES ELENCO	N?O	SIM
AL	SALMETEROL 50 MCG PÓ INAL OU AER BUCAL (FR DE 60 DOSES) GRUPO 2	N?O	SIM
AL	SECUQUINUMABE 150 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	SELEGILINA 10 MG COMP GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	SELEGILINA 5 MG COMP GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	SEVELAMER 800 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	SILDENAFILA 20 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	SILDENAFILA 25 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	SILDENAFILA 50 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	SIROLIMO 1 MG DRÁGEA GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	SIROLIMO 2 MG DRÁGEA GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	SOFOSBUVIR + VELPATASVIR 400 + 100 MG COMPRIMIDO	N?O	SIM
AL	SOFOSBUVIR 400 MG COMP REV	N?O	SIM
AL	SOMATROPINA 12 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	SOMATROPINA 4 UI SOL INJ OU PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	SULFASSALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	TACROLIMO 1 MG CAP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	TACROLIMO 5 MG CAP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	TAFAMIDIS 20 MG CÁPSULA GRUPO 1.A	N?O	N?O
AL	TENOFOVIR 300 MG COMP	N?O	SIM
AL	TERIFLUNOMIDA 14 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	TIMOLOL 5 MG/ML SOL OFT (FR) 5 ML GRUPO 2	N?O	SIM
AL	TIOTRÓPIO, BROMETO 2,5 MCG SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO 60 DOSES ELENCO	N?O	SIM
AL	TOBRAMICINA 300/5 MG/ML SOLUÇÃO INALATÓRIA (POR AMPOLA) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	TOCILIZUMABE 20 MG/ML SOL INJ (FR-AMP) 4 ML GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	TOFACITINIBE 5 MG COMP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	TOLCAPONA 100 MG COMP GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	TOPIRAMATO 100 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	TOPIRAMATO 25 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	TOPIRAMATO 50 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM
AL	TOXINA BOTULINICA TIPO A 100 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	TOXINA BOTULINICA TIPO A 500 U PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	TRAVOPROSTA 0,04 MG/ML SOL OFT (FR) 2,5 ML GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	TRIXIFENIDIL 5 MG COMP GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	TRIPTORRELINA 11,25 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	TRIPTORRELINA 3,75 MG SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	N?O	SIM
AL	UPADACITINIBE 15 MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA GRUPO 1.A	SIM	N?O
AL	USTEQUINUMABE 45/0,5 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) 0,5 ML GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	VEDOLIZUMABE 300 MG PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL GRUPO 1.A	N?O	N?O
AL	VIGABATRINA 500 MG COMP GRUPO 2	N?O	SIM



ELENCO ESTADUAL

UF	Medicamento	Composição	Antecipação
AL	ZIPRASIDONA 40 MG CAP GRUPO 1.A	N?O	SIM
AL	ZIPRASIDONA 80 MG CAP GRUPO 1.A	N?O	SIM

*Wagnera Pollyane Ferreira Cavalcanti.*