



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604320140	ABATACEPTE 125MG INJETÁVEL	482	06050080	Unidade	R\$ 0,00	5	0	18	130	Sim	Não	M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068
0604320124	ABATACEPTE 250MG INJETÁVEL	452	06050064	Unidade	R\$ 0,00	12	0	0	18	Sim	Sim	M080 M081 M082 M083 M084 M088 M089
0604660030	ACETAZOLAMIDA 250 MG	458	06010096	Unidade	R\$ 0,00	124	0	0	130	Sim	Sim	H401 H402 H403 H404 H405 H406 H408 Q150
0604270097	ÁCIDO NICOTÍNICO 250 MG	459	459	Unidade	R\$ 0,00	372	0	0	130	Sim	Não	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0604270100	ÁCIDO NICOTÍNICO 500 MG	460	460	Unidade	R\$ 0,00	186	0	0	130	Sim	Sim	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0604270119	ÁCIDO NICOTÍNICO 750 MG	461	461	Unidade	R\$ 0,00	124	0	0	130	Sim	Sim	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
4101510015	ACIDO URSODESOXICÓLICO 150 MG	331	06010196	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	E840 E841 E848 K754 K830
0604630042	ACIDO URSODESOXICÓLICO 150 MG	331	06010196	Unidade	R\$ 2,90	310	0	0	130	Sim	Sim	K743
4101510015	ACIDO URSODESOXICÓLICO 300 MG	332	06010198	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	E840 E841 E848 K754 K830
0604630050	ACIDO URSODESOXICÓLICO 300 MG	332	06010198	Unidade	R\$ 5,73	155	0	0	130	Sim	Sim	K743
0604630034	ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 50 MG	330	330	Unidade	R\$ 1,17	930	0	0	130	Sim	Sim	K743
0604160062	ACIDO ZOLEDRÔNICO 5MG/100ML	333	06010201	Unidade	R\$ 0,00	1	0	18	130	Sim	Sim	M800 M801 M802 M803 M804 M805 M808 M810 M811 M812 M813 M814 M815 M816 M818 M820 M821 M828 M858 M880 M888
0601140010	ACITRETINA 10mg	2	06020166	Unidade	R\$ 1,72	240	0	0	130	Sim	Não	L400 L401 L404 L408 L440 Q800 Q801 Q802 Q803 Q808 Q828



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604600011	ACITRETINA 10mg	2	06020166	Unidade	R\$ 2,74	217		0	130	Sim	Sim	L400 L401 L404 L408 L440 Q800 Q801 Q802 Q803 Q808 Q809 Q828
0604600020	ACITRETINA 25mg	3	06020169	Unidade	R\$ 6,73	93		0	130	Sim	Sim	L400 L401 L404 L408 L440 Q800 Q801 Q802 Q803 Q808 Q809 Q828
0601140028	ACITRETINA 25mg	3	06020169	Unidade	R\$ 2,37	90	0	0	130	Sim	Não	L400 L401 L404 L408 L440 Q800 Q801 Q802 Q803 Q808 Q828
0604380097	ADALIMUMABE 40 MG FRASCO AMPOLA	500	06050126	Unidade	R\$ 0,00	4	0	2	18	Sim	Sim	K500 K501 K508 M080 M081 M082 M083 M084 M088 M089 M45 M468
0604380062	ADALIMUMABE 40 MG - HUMIRA (ABBVIE)	4	06050016	Unidade	R\$ 0,00	7	0	6	130	Sim	Sim	H150 H201 H301 H302 H308 K500 K501 K508 L400 L401 L404 L408 L732
0604380011	ADALIMUMABE 40 MG - HUMIRA (ABBVIE)	4	06050016	Unidade	R\$ 0,00	3	0	0	130	Sim	Sim	M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M070 M072 M073 M080 M081 M082 M083 M084 M088 M089 M45 M468
0601010019	ADALIMUMABE 40 MG - HUMIRA (ABBVIE)	4	06050016	Tratamento	R\$ 2.838,83	8	1	0	130	Sim	Não	M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M080
0604380127	ADALIMUMABE 40 MG - IDACIO (FRESENIUS)	414383	06050187	Unidade	R\$ 0,00	7	0	0	130	Sim	Sim	H150 H201 H301 H302 H308 K500 K501 K508 L400 L401 L404 L408 L732 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M070 M072 M073 M080 M081 M082 M083 M084 M088 M089 M45 M468



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604380143	ADALIMUMABE 40MG - XILBRILADA (PFIZER)	414809	06050196	Unidade	R\$ 0,00	7	0	0	130	Sim	Sim	H150 H200 H201 H301 H302 H308 K500 K501 K508 L400 L401 L404 L408 L732 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M070 M072 M073 M080 M081 M082 M083 M084 M088 M089 M45 M468
0604460015	ADEFOVIR 10 MG	243	06050014	Unidade	R\$ 0,00	31		13	130	Sim	Não	B181
0601120051	ADEFOVIR 10 MG	243	06050014	Unidade	R\$ 0,00	31	0	0	130	Sim	Não	B181
4101470030	AGULHA 12,7 mm	276	02070006	Tratamento	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Não	E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
4101470145	AGULHA 4mm	411946	02070030	Unidade	R\$ 0,16	200	0	0	130	Não	Sim	E10 E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
4101470013	AGULHA 5 mm	274	02070002	Tratamento	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Não	
4101470021	AGULHA 8 mm	275	02070005	Tratamento	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Sim	E10 E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
0601350014	ALENDRONATO 10mg	5	06012196	Unidade	R\$ 0,06	30	0	0	130	Não	Não	M800 M801 M802 M803 M804 M805 M808 M810 M811 M812 M813 M814 M815 M816 M818 M820 M821 M828 M880 M888
0601350022	ALENDRONATO 70mg	6	06010067	Unidade	R\$ 1,62	4	0	0	130	Não	Não	M800 M801 M802 M803 M804 M805 M808 M810 M811 M812 M813 M814 M815 M816 M818 M820



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												M821 M828 M880 M888
0604320205	ALENTUZUMABE 10 MG/ML (1,2 ML)	413996	06050168	Unidade	R\$ 0,00	5	0	18	130	Sim	Sim	G35
0604240104	ALFA-ALGLICOSIDASE 50MG	413818	06050157	Unidade	R\$ 0,00	80	0	0	130	Sim	Sim	E740
0604620012	ALFACALCIDOL 0,25MCG	7	06012091	Unidade	R\$ 0,00	744		0	130	Sim	Sim	E200 E201 E208 E833 E892 N180 N188 N250 N258
0601350030	ALFACALCIDOL 0,25MCG	7	06012091	Unidade	R\$ 0,17	360	0	0	130	Sim	Não	E200 E201 E208 E892 N180 N188 N250 N258
0601350049	ALFACALCIDOL 1,0MCG	8	0008	Unidade	R\$ 2,30	90	0	0	130	Sim	Não	E200 E201 E208 E892 N180 N188 N250 N258
0604620020	ALFACALCIDOL 1,0MCG	8	0008	Unidade	R\$ 0,00	186		0	130	Sim	Sim	E200 E201 E208 E833 E892 N180 N188 N250 N258
0604440014	ALFADORNASE 2,5 MG	9	06050113	Unidade	R\$ 0,00	62	0	0	130	Sim	Sim	E840 E848
0601230019	ALFADORNASE 2,5 MG	9	06050113	Unidade	R\$ 56,86	60	0	0	130	Sim	Não	E840 E841 E848
0604240090	ALFAELOSULFASE 1MG/ML (FRASCO AMPOLA 5ML)	413790	06050154	Unidade	R\$ 0,00	200	0	0	130	Sim	Sim	E762
0601040023	ALFAEPOETINA 10.000 U.I.	14	06050081	Unidade	R\$ 22,54	16	0	0	130	Sim	Não	B171 B182 D638 N180 N188 Z948
0604470053	ALFAEPOETINA 10.000 U.I.	14	06050081	Unidade	R\$ 0,00	30	0	0	130	Sim	Sim	B171 B182 D460 D461 D464 D467 D570 D571 D572 N180 N188 Z948
0604470010	ALFAEPOETINA 1.000 U.I	10	06050092	Unidade	R\$ 0,00	60	0	0	130	Sim	Sim	D570 D571 D572 N180 N188 Z948
0601040015	ALFAEPOETINA 1.000 U.I	10	06050092	Unidade	R\$ 4,17	36	0	0	130	Sim	Não	D638 N180 N188 Z948
0601040031	ALFAEPOETINA 2.000 U.I	11	06050002	Unidade	R\$ 0,00	36	0	0	130	Sim	Não	D638 N180 N188 Z948
0604470029	ALFAEPOETINA 2.000 U.I	11	06050002	Unidade	R\$ 0,00	37		0	130	Sim	Sim	D570 D571 D572 N180 N188 Z948



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
4101040019	ALFAEPOETINA 2.000 U.I	11	06050002	Tratamento	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Não	
0604470037	ALFAEPOETINA 3.000 U.I.	12	06050102	Unidade	R\$ 0,00	37	0	0	130	Sim	Sim	D570 D571 D572 N180 N188 Z948
0601040040	ALFAEPOETINA 3.000 U.I.	12	06050102	Unidade	R\$ 3,85	36	0	0	130	Sim	Não	D638 N180 N188 Z948
0601040058	ALFAEPOETINA 4.000 U.I.	13	06050001	Unidade	R\$ 0,00	36	0	0	130	Sim	Não	D638 N180 N188 Z948
0604470045	ALFAEPOETINA 4.000 U.I.	13	06050001	Unidade	R\$ 0,00	56	0	0	130	Sim	Sim	D570 D571 D572 N180 N188 Z948
4101040027	ALFAEPOETINA 4.000 U.I.	13	06050001	Tratamento	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Não	
0604240120	ALFAGALSIDASE 1MG/ML SOL. INJ 3,5ML	414493	06050193	Unidade	R\$ 0,00	18	0	7	130	Sim	Sim	E752
0604390033	ALFAINTERFERONA 2B - 10.000.000 UI	16	06050059	Unidade	R\$ 262,45	23	0	0	130	Sim	Sim	D180
0601190017	ALFAINTERFERONA 2B - 10.000.000 UI	16	06050059	Unidade	R\$ 0,00	12	0	0	130	Sim	Não	B171 B180 B181 B182 D180
0601190025	ALFAINTERFERONA 2B - 3.000.000 UI	15	06010104	Unidade	R\$ 0,00	30	0	0	130	Sim	Não	B171 B180 B181 B182 D180
0604390017	ALFAINTERFERONA 2B - 3.000.000 UI	15	06010104	Unidade	R\$ 92,33	77	0	0	130	Sim	Sim	D180
0604390025	ALFAINTERFERONA 2B - 5.000.000 UI	17	06050003	Unidade	R\$ 138,03	46	0	0	130	Sim	Sim	D180
0601190033	ALFAINTERFERONA 2B - 5.000.000 UI	17	06050003	Unidade	R\$ 0,00	30	0	0	130	Sim	Não	B171 B180 B181 B182 D180
0601190050	ALFAPEGINTERFERONA 2A 180 mcg	19	06050008	Unidade	R\$ 0,00	5	0	0	130	Sim	Não	B182
0604390041	ALFAPEGINTERFERONA 2A 180 mcg	19	06050008	Unidade	R\$ 0,00	5	0	0	130	Sim	Sim	B171 B180 B181 B182
0601190114	ALFAPEGINTERFERONA 2B 100 MCG	225	06050010	Unidade	R\$ 0,00	5	0	0	130	Sim	Não	B182
0604390068	ALFAPEGINTERFERONA 2B 100 MCG	225	06050010	Unidade	R\$ 0,00	10	0	0	130	Sim	Sim	B180 B181



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604390076	ALFAPEGINTERFERONA 2B 120 MCG	226	06050009	Unidade	R\$ 0,00	10	0	0	130	Sim	Sim	B180 B181
0601190122	ALFAPEGINTERFERONA 2B 120 MCG	226	06050009	Unidade	R\$ 0,00	5	0	0	130	Sim	Não	B182
0601190041	ALFAPEGINTERFERONA 2B 80 mcg	18	06050007	Unidade	R\$ 0,00	5	0	0	130	Sim	Não	B182
0604390050	ALFAPEGINTERFERONA 2B 80 mcg	18	06050007	Unidade	R\$ 0,00	10	0	0	130	Sim	Sim	B180 B181
0604240023	ALFATALIGLICERASE 200 UI	439	06050035	Unidade	R\$ 0,00	90	0	4	130	Sim	Sim	E752
0604240040	ALFAVELAGLICERASE 200 U INJETAVEL	447	447	Unidade	R\$ 0,00	48	0	0	130	Sim	Sim	E752
0604240058	ALFAVELAGLICERASE 400 U INJETAVEL	448	06050170	Unidade	R\$ 0,00	45	0	0	130	Sim	Sim	E752
0604240112	ALFAVESTRONIDASE 10 MG	414051	06050174	Unidade	R\$ 0,00	120	0	0	130	Sim	Sim	E762
0604200013	AMANTADINA 100 MG	20	06020019	Unidade	R\$ 0,41	124		0	130	Sim	Sim	G20
0601100018	AMANTADINA 100 MG	20	06020019	Unidade	R\$ 0,22	270	0	0	130	Sim	Não	G20
0604750021	AMBRISENTANA 10 MG (POR COMP REVEST)	476	06010103	Unidade	R\$ 25,72	31	0	18	130	Sim	Sim	I270 I272 I278
0604750013	AMBRISENTANA 5 MG (POR COMP REVEST)	475	06010099	Unidade	R\$ 25,53	31	0	18	130	Sim	Sim	I270 I272 I278
0601180011	ATORVASTATINA 10MG	21	21	Unidade	R\$ 1,50	240	0	0	130	Sim	Não	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0604360010	ATORVASTATINA 10MG	21	21	Unidade	R\$ 0,00	248		0	130	Sim	Sim	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0604360029	ATORVASTATINA 20 MG	22	06010053	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0601180020	ATORVASTATINA 20 MG	22	06010053	Unidade	R\$ 2,64	120	0	0	130	Sim	Não	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0604360037	ATORVASTATINA 40 MG	266	06012249	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604360045	ATORVASTATINA 80 MG	283	283	Unidade	R\$ 0,00	31		0	130	Sim	Sim	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
4101200075	AZATIOPRINA 50MG	23	06010506	Unidade	R\$ 0,00	248	0	0	130	Não	Sim	B358 D591 D863 G20 G360 G610 G618 G638 I120 I677 J840 J841 J848 J991 K528 K700 K720 K730 K732 K738 K741 K743 K745 K746 K750 K753 K760 K764 K830 L010 L100 L102 L103 L108 L109 L200 L208 L209 L401 L932 M050 M053 M058 M060 M064 M068 M100 M120 M121 M130 M131 M150 M151 M152 M154 M158 M160 M170 M180 M190 M198 M300 M302 M308 M313 M314 M320 M342 M350 M351 M352 M353 M364 M45 M470 M610 M804 N085 N164 Z947
0604530013	AZATIOPRINA 50MG	23	06010506	Unidade	R\$ 0,00	248		0	130	Sim	Sim	D610 D693 G35 G700 G702 H150 H201 H301 H302 H308 K500 K501 K508 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518 K754 L930 L931 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M080 M321 M328 M330 M331 M332



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												M340 M341 M348 T861 T862 T864 Z940 Z941 Z942 Z943 Z944 Z948
4101200059	AZATIOPRINA 50MG	23	06010506	Tratamento	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Não	G35 G700
0601200012	AZATIOPRINA 50MG	23	06010506	Unidade	R\$ 0,14	210	0	0	130	Sim	Não	D600 D610 D611 D612 D613 D618 H300 H301 H302 H308 K500 K501 K508 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518 K754 M321 M328 M330 M331 M332 N040 N041 N042 N043 N044 N045 N046 N047 N048 T861 Z940 Z941 Z942 Z943 Z944 Z945 Z946 Z947 Z948
0604320175	BARICITINIBE 2MG	413864	06050159	Unidade	R\$ 0,00	62	0	18	130	Sim	Sim	M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068
0604320183	BARICITINIBE 4MG	413865	06050160	Unidade	R\$ 0,00	31	0	18	130	Sim	Sim	M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068
4101000289	BATERIA PARA GLICOSÍMETRO	414174	02070033	Unidade	R\$ 0,00	2	0	0	130	Não	Sim	E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
0601050029	BECLOMETASONA 200 MCG	24	24	Unidade	R\$ 10,80	4	0	0	130	Sim	Não	J450 J451 J458
0604280025	BECLOMETASONA 200 MCG	24	24	Unidade	R\$ 0,00	2		0	130	Sim	Não	J450 J451 J458
0604280017	BECLOMETASONA 200MCG	25	25	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Não	J450 J451 J458
0601050010	BECLOMETASONA 200MCG	25	25	Unidade	R\$ 0,12	120	0	0	130	Sim	Não	J450 J451 J458
0601050037	BECLOMETASONA 250 MCG	26	06010027	Unidade	R\$ 23,35	1	0	0	130	Sim	Não	J450 J451 J458
4101050090	BECLOMETASONA 250 MCG	26	06010027	Unidade	R\$ 0,00	1	0	0	130	Não	Sim	J440 J441 J448 J449



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

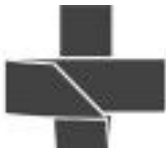
Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
4101050030	BECLOMETASONA 250 MCG	26	06010027	Unidade	R\$ 0,00	100	0	0	130	Não	Não	J440 J441 J448 J449
0604280033	BECLOMETASONA 250 MCG	26	06010027	Unidade	R\$ 0,00	1		0	130	Sim	Não	J450 J451 J458
0604280050	BECLOMETASONA 400 MCG	27	06010028	Unidade	R\$ 0,00	1		0	130	Sim	Não	J450 J451 J458
0601050053	BECLOMETASONA 400 MCG	27	06010028	Unidade	R\$ 13,95	1	0	0	130	Sim	Não	J450 J451 J458
4101050081	BECLOMETASONA 400 MCG	27	06010028	Unidade	R\$ 0,00	1	0	0	130	Não	Sim	J440 J441 J448 J449
4101050030	BECLOMETASONA 400 MCG	27	06010028	Unidade	R\$ 0,00	100	0	0	130	Não	Não	J440 J441 J448 J449
0604280041	BECLOMETASONA 400MCG	28	28	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Não	J450 J451 J458
0601050045	BECLOMETASONA 400MCG	28	28	Unidade	R\$ 0,14	60	0	0	130	Sim	Não	J450 J451 J458
0604850034	BECLOMETASONA+FORMOTEROL+GLICOPIRRONIO 120 doses	414792	06010171	Unidade	R\$ 82,03	2	2	18	130	Sim	Sim	J440 J441 J448
0604390106	BETAINTERFERONA 1A 12.000.000 UI (44 MCG)	31	06050028	Unidade	R\$ 0,00	14		0	130	Sim	Sim	G35
0601190068	BETAINTERFERONA 1A 12.000.000 UI (44 MCG)	31	06050028	Unidade	R\$ 324,02	12	0	0	130	Sim	Não	G35
0601190076	BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (22 MCG)	29	06050027	Unidade	R\$ 284,81	12	0	0	130	Sim	Não	G35
0604390084	BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (22 MCG)	29	06050027	Unidade	R\$ 0,00	14		0	130	Sim	Sim	G35
0604390092	BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (30 MCG)	30	06050034	Unidade	R\$ 0,00	5		0	130	Sim	Sim	G35
0601190084	BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (30 MCG)	30	06050034	Unidade	R\$ 512,11	4	0	0	130	Sim	Não	G35
0601190092	BETAINTERFERONA 1B 9.600.000 UI (300MCG)	32	06050029	Unidade	R\$ 144,00	15	0	0	130	Sim	Não	G35
0604390114	BETAINTERFERONA 1B 9.600.000 UI (300MCG)	32	06050029	Unidade	R\$ 0,00	16		0	130	Sim	Sim	G35
0601180038	BEZAFIBRATO 200 MG	33	06010048	Unidade	R\$ 0,25	90	0	0	130	Sim	Não	E780 E781 E782 E783



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604270011	BEZAFIBRATO 200 MG	33	06010048	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	E784 E785 E786 E788
0604270020	BEZAFIBRATO 400 MG	34	06010051	Unidade	R\$ 0,00	31		0	130	Sim	Sim	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0601180046	BEZAFIBRATO 400 MG	34	06010051	Unidade	R\$ 1,22	30	0	0	130	Sim	Não	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0604650019	BIMATOPROSTA 0,03%	263	06050103	Unidade	R\$ 0,00	1		0	130	Sim	Sim	H401 H402 H403 H404 H405 H406 H408 Q150
0604630026	BIOTINA 2,5 MG	506	06050131	Unidade	R\$ 0,00	248	0	0	130	Sim	Sim	E889
4101000203	Biotina 2,5mg	413435	413435	Unidade	R\$ 0,00	240	0	0	130	Não	Não	E889
0601100026	BIPERIDENO 2 MG	35	06020198	Unidade	R\$ 0,06	120	0	0	130	Não	Não	G20
0601100034	BIPERIDENO 4 MG	36	06020020	Unidade	R\$ 0,27	60	0	0	130	Não	Não	G20
0604640013	BOCEPREVIR 200 MG	450	06050060	Unidade	R\$ 0,00	372	0	18	130	Sim	Não	B182
0604750048	BOSENTANA 125 MG	256	06010098	Unidade	R\$ 8,83	62	0	0	130	Sim	Sim	I270 I272 I278
0604750030	BOSENTANA 62,5 MG	255	06010097	Unidade	R\$ 8,83	62	0	0	130	Sim	Sim	I270 I272 I278
0604670010	BRIMONIDINA 2,0 MG/ML SOL. OFTALM.	462	06010091	Unidade	R\$ 0,00	2	0	0	130	Sim	Sim	H401 H402 H403 H404 H405 H406 H408 Q150
0604660014	BRINZOLAMIDA 10 MG/ML SUSP. OFTALM.	463	06010092	Unidade	R\$ 0,00	2	0	0	130	Sim	Sim	H401 H402 H403 H404 H405 H406 H408 Q150
0601310012	BROMOCRIPTINA 2,5 MG	37	06012194	Unidade	R\$ 0,75	480	0	0	130	Sim	Não	E220 E221 G20
0604030010	BROMOCRIPTINA 2,5 MG	37	06012194	Unidade	R\$ 1,93	868		0	130	Sim	Sim	E221 G20
0604030029	BROMOCRIPTINA 5,0 MG	368	368	Unidade	R\$ 2,66	438		0	130	Sim	Não	E220 E221 G20
0604280068	BUDESONIDA 200 MCG	38	06010078	Unidade	R\$ 0,00	248		0	130	Sim	Sim	J440 J441 J448 J450 J451 J458
0604280092	BUDESONIDA 200 MCG	375	375	Unidade	R\$ 0,00	2		0	130	Sim	Sim	J440 J441 J448 J450 J451 J458



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604280084	BUDESONIDA 200 MCG	39	06010025	Unidade	R\$ 0,00	3		0	130	Sim	Sim	J440 J441 J448 J450 J451 J458
4101050065	BUDESONIDA 200 MCG	39	06010025	Unidade	R\$ 0,00	2	0	0	130	Não	Sim	
4101050073	BUDESONIDA 200 MCG	38	06010078	Unidade	R\$ 0,00	186	0	0	130	Não	Sim	
4101050030	BUDESONIDA 200 MCG	375	375	Unidade	R\$ 0,00	100	0	0	130	Não	Não	J440 J441 J448 J449
4101050030	BUDESONIDA 200 MCG	38	06010078	Unidade	R\$ 0,00	100	0	0	130	Não	Não	J440 J441 J448 J449
0601050061	BUDESONIDA 200 MCG	38	06010078	Unidade	R\$ 0,21	180	0	0	130	Sim	Não	J450 J451 J458
0601050070	BUDESONIDA 200 MCG	39	06010025	Unidade	R\$ 10,93	2	0	0	130	Sim	Não	J450 J451 J458
4101050014	BUDESONIDA 32 MCG	230	06010019	Tratamento	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Sim	J450 J451 J458
0604280076	BUDESONIDA 400 MCG	376	06010507	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	J440 J441 J448 J450 J451 J458
4101050022	BUDESONIDA 64 MCG	231	06010020	Tratamento	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Sim	J450 J451 J458
0604870019	BUROSUMABE 10 MG	414046	06050171	Unidade	R\$ 0,00	27	0	1	130	Sim	Sim	E550 E559 E643 E833 M830 M831 M832 M833 M838
0604870027	BUROSUMABE 20 MG	414047	06050172	Unidade	R\$ 0,00	12	0	1	130	Sim	Sim	E550 E559 E643 E833 M830 M831 M832 M833 M838
0604870035	BUROSUMABE 30 MG	414048	06050173	Unidade	R\$ 0,00	9	0	1	130	Sim	Sim	E550 E559 E643 E833 M830 M831 M832 M833 M838
0604030037	CABERGOLINA 0.5 MG	40	06050075	Unidade	R\$ 0,00	45	0	0	130	Sim	Sim	E220 E221
0601310020	CABERGOLINA 0.5 MG	40	06050075	Unidade	R\$ 12,58	300	0	0	130	Sim	Não	E220 E221 G20
0604700016	CALCIPOTRIOL 50 MCG/G	464	06012239	Unidade	R\$ 0,00	15	0	0	130	Sim	Sim	L400 L401 L404 L408
0604570023	CALCITONINA 100 UI	42	42	Unidade	R\$ 0,00	31		0	130	Sim	Sim	M800 M801 M802 M803 M804 M805 M808 M810 M811 M812 M813 M814



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0601350057	CALCITONINA 100 UI	42	42	Unidade	R\$ 11,68	30	0	0	130	Sim	Não	M815 M816 M818 M820 M821 M828 M880 M888 M800 M801 M802 M803 M804 M805 M808 M810 M811 M812 M813 M814 M815 M816 M818 M820 M821 M828 M880 M888
0601350065	CALCITONINA 200 UI	41	06010145	Unidade	R\$ 50,24	2	0	0	130	Sim	Não	M800 M801 M802 M803 M804 M805 M808 M810 M811 M812 M813 M814 M815 M816 M818 M820 M821 M828 M880 M888
0604570031	CALCITONINA 200 UI	41	06010145	Unidade	R\$ 0,00	5	0	0	130	Sim	Sim	M800 M801 M802 M803 M804 M805 M808 M810 M811 M812 M813 M814 M815 M816 M818 M820 M821 M828 M858 M880 M888
0604570015	CALCITONINA 50 UI	377	377	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	M800 M801 M802 M803 M804 M805 M808 M810 M811 M812 M813 M814 M815 M816 M818 M820 M821 M828 M880 M888
0604620039	CALCITRIOL 0,25 MCG	43	06010149	Unidade	R\$ 0,00	496	0	0	130	Sim	Sim	E200 E201 E208 E550 E559 E643 E833 E892 M800 M801 M802 M803 M804 M805 M808 M810 M811 M812 M813 M814 M815 M816 M818 M820 M821 M828 M830 M831 M832 M833 M838 M858



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0601350073	CALCITRIOL 0,25 MCG	43	06010149	Unidade	R\$ 0,29	240	0	0	130	Sim	Não	N180 N182 N183 N184 N185 N250 E200 E201 E208 E550 E559 E643 E833 E892 M805 M815 M830 M831 M832 M833 M834 M835 M838 N180 N188 N250 N258
0601350081	CALCITRIOL 1,0 MCG	44	06012226	Unidade	R\$ 7,39	24	0	0	130	Sim	Não	N180 N188 N250 N258
0604620047	CALCITRIOL 1,0 MCG	44	06012226	Unidade	R\$ 0,00	124	0	0	130	Sim	Sim	E833 N180 N250
4101070023	CANABIDIOL 100 MG/ML SOL. ORAL 100 ML	414596	02130014	Unidade	R\$ 0,00	8	0	2	130	Não	Sim	G409 Q851
4101000297	CANETA PARA REFIL LISPRO	414175	02070004	Unidade	R\$ 0,00	1	1	0	130	Não	Não	E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
4101000300	CANETA REUTILIZAVEL PARA ASPARTE REFIL	414198	06050178	Unidade	R\$ 0,00	1	1	0	130	Não	Sim	E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
4101000319	CANETA REUTILIZAVEL PARA GLARGINA REFIL (CEAF)	414296	06050192	Unidade	R\$ 0,00	1	1	0	130	Não	Sim	E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
4101000300	CANETA REUTILIZAVEL PARA LISPRO REFIL (CEAF)	414457	06050199	Unidade	R\$ 0,00	1	1	0	130	Não	Sim	E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
0604380070	CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML INJETÁVEL	453	06050066	Unidade	R\$ 0,00	6	0	18	130	Sim	Sim	K500 K501 K508 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M070 M072 M073 M45 M468
0604090013	CICLOFOSFAMIDA 50 MG	246	06010089	Unidade	R\$ 0,00	186		0	130	Sim	Sim	D590 D591 D600 D601 D608 D693 L930 L931 M321 M328 M340 M341



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0601200187	CICLOFOSFAMIDA 50 MG	246	06010089	Unidade	R\$ 0,40	180	0	0	130	Sim	Não	M348 N040 N041 N042 N043 N044 N045 N046 N047 N048 N049 D600
4101120012	CICLOFOSFAMIDA 50 MG	246	06010089	Unidade	R\$ 0,00	186	0	0	130	Não	Sim	J991 L100 L102 L103 L108 L109 L932 M320 N085 N164
4101200083	CICLOSPORINA 100 MG	48	06010154	Unidade	R\$ 0,10	500	0	0	130	Não	Sim	L100 L102 L103 L108 L109 Z945 Z946 Z947
0604340044	CICLOSPORINA 100 MG	48	06010154	Unidade	R\$ 0,00	372		0	130	Sim	Sim	D590 D591 D600 D601 D608 D610 D611 D612 D613 D618 G700 G702 H150 H201 H301 H302 H308 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518 L200 L208 L400 L401 L404 L408 L930 L931 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M070 M072 M073 M080 M081 M082 M083 M084 M088 M089 M321 M328 M330 M331 M332 N040 N041 N042 N043 N044 N045 N046 N047 N048 N049 T861 T862 T864 Z940 Z941 Z942 Z943 Z944 Z948
0601200039	CICLOSPORINA 100 MG	48	06010154	Unidade	R\$ 2,73	240	0	0	130	Sim	Não	D600 D610 D611 D612 D613 D618 H300 H301 H302 H308 K500 K501



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												K508 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518 L400 L401 L404 L408 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M080 M321 M328 M330 M331 M332 N040 N041 N042 N043 N044 N045 N046 N047 N048 T861 Z940 Z941 Z942 Z943 Z944 Z945 Z946 Z947 Z948
0601200047	CICLOSPORINA 100 MG/ML	49	06010151	Unidade	R\$ 147,84	9	0	0	130	Sim	Não	D600 D610 D611 D612 D613 D618 H300 H301 H302 H308 K500 K501 K508 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518 L400 L401 L404 L408 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M080 M321 M328 M330 M331 M332 N040 N041 N042 N043 N044 N045 N046 N047 N048 T861 Z940 Z941 Z942 Z943 Z944 Z945 Z946 Z947 Z948
4101200083	CICLOSPORINA 100 MG/ML	49	06010151	Unidade	R\$ 0,10	500	0	0	130	Não	Sim	L100 L102 L103 L108 L109 Z945 Z946 Z947
0604340052	CICLOSPORINA 100 MG/ML	49	06010151	Unidade	R\$ 0,00	8		0	130	Sim	Sim	D590 D591 D600 D601 D608 D610 D611 D612 D613 D618 G700 G702 H150 H201 H301 H302



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												H308 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518 L200 L208 L400 L401 L404 L408 L930 L931 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M070 M072 M073 M080 M081 M082 M083 M084 M088 M089 M321 M328 M330 M331 M332 N040 N041 N042 N043 N044 N045 N046 N047 N048 T861 T862 T864 Z940 Z941 Z942 Z943 Z944 Z948
0604340010	CICLOSPORINA 10 MG	45	06010155	Unidade	R\$ 0,00	496		0	130	Sim	Sim	D590 D591 D600 D601 D608 D610 D611 D612 D613 D618 G700 G702 H150 H201 H301 H302 H308 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518 L400 L401 L404 L408 L930 L931 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M070 M072 M073 M080 M081 M082 M083 M084 M088 M089 M321 M328 M330 M331 M332 N040 N041 N042 N043 N044 N045 N046 N047 N048 N049 T861 T862 T864 Z940 Z941 Z942



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0601200020	CICLOSPORINA 10 MG	45	06010155	Unidade	R\$ 0,43	480	0	0	130	Sim	Não	Z943 Z944 Z948 D600 D610 D611 D612 D613 D618 H300 H301 H302 H308 K500 K501 K508 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518 L400 L401 L404 L408 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M080 M321 M328 M330 M331 M332 N040 N041 N042 N043 N044 N045 N046 N047 N048 T861 Z940 Z941 Z942 Z943 Z944 Z945 Z946 Z947 Z948
4101200083	CICLOSPORINA 10 MG	45	06010155	Unidade	R\$ 0,10	500	0	0	130	Não	Sim	L100 L102 L103 L108 L109 Z945 Z946 Z947
4101200083	CICLOSPORINA 25 MG	46	06010152	Unidade	R\$ 0,10	500	0	0	130	Não	Sim	L100 L102 L103 L108 L109 Z945 Z946 Z947
0604340028	CICLOSPORINA 25 MG	46	06010152	Unidade	R\$ 0,00	496		0	130	Sim	Sim	D590 D591 D600 D601 D608 D610 D611 D612 D613 D618 G700 G702 H150 H201 H301 H302 H308 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518 L200 L208 L400 L401 L404 L408 L930 L931 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M070 M072 M073 M080 M081 M082 M083 M084 M088



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												M089 M321 M328 M330 M331 M332 N040 N041 N042 N043 N044 N045 N046 N047 N048 N049 T861 T862 T864 Z940 Z941 Z942 Z943 Z944 Z948
0601200055	CICLOSPORINA 25 MG	46	06010152	Unidade	R\$ 0,75	480	0	0	130	Sim	Não	D600 D610 D611 D612 D613 D618 H300 H301 H302 H308 K500 K501 K508 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518 L400 L401 L404 L408 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M080 M321 M328 M330 M331 M332 N040 N041 N042 N043 N044 N045 N046 N047 N048 T861 Z940 Z941 Z942 Z943 Z944 Z945 Z946 Z947 Z948
0601200063	CICLOSPORINA 50 MG	47	06010153	Unidade	R\$ 1,55	480	0	0	130	Sim	Não	D600 D610 D611 D612 D613 D618 H300 H301 H302 H308 K500 K501 K508 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518 L400 L401 L404 L408 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M080 M321 M328 M330 M331 M332 N040 N041 N042



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
4101200083	CICLOSPORINA 50 MG	47	06010153	Unidade	R\$ 0,10	500	0	0	130	Não	Sim	N043 N044 N045 N046 N047 N048 T861 Z940 Z941 Z942 Z943 Z944 Z945 Z946 Z947 Z948
0604340036	CICLOSPORINA 50 MG	47	06010153	Unidade	R\$ 0,00	744		0	130	Sim	Sim	L100 L102 L103 L108 L109 Z945 Z946 Z947
0604770014	CINACALCETE 30 MG	484	06050085	Unidade	R\$ 0,00	186	0	18	130	Sim	Sim	E833 N180 N182 N183 N184 N185 N250
0604770022	CINACALCETE 60 MG	485	06050086	Unidade	R\$ 0,00	93	0	18	130	Sim	Sim	E833 N180 N182 N183 N184 N185 N250
0601180054	CIPROFIBRATO 100 MG	50	06012240	Unidade	R\$ 0,84	30	0	0	130	Sim	Não	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604270038	CIPROFIBRATO 100 MG	50	06012240	Unidade	R\$ 0,00	31		0	130	Sim	Sim	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0601060016	CIPROFLOXACINA 250 MG	51	51	Unidade	R\$ 0,14	120	0	0	130	Sim	Não	K500 K501 K508
0601060024	CIPROFLOXACINA 500 MG	52	06012232	Unidade	R\$ 0,13	60	0	0	130	Não	Não	K500 K501 K508
0601280016	CIPROTERONA 50 MG	53	06010141	Unidade	R\$ 0,64	20	0	0	130	Sim	Não	E228 E250 E280 E282 L680
0604120010	CIPROTERONA 50 MG	53	06010141	Unidade	R\$ 1,31	21		0	130	Sim	Sim	E228 E250 E280 E282 L680
0604320221	CLADRIBINA 10 MG	414452	06050188	Unidade	R\$ 0,00	19	0	18	130	Sim	Sim	G35
0604180012	CLOBAZAM 10 MG	378	06020048	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
0604180020	CLOBAZAM 20 MG	379	379	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
0604710011	CLOBETASOL 0,5 MG/G	465	06012241	Unidade	R\$ 0,00	8	0	0	130	Sim	Sim	L400 L401 L404 L408
0604710020	CLOBETASOL 0,5 MG/G SOLUÇÃO CAPILAR	466	06012242	Unidade	R\$ 0,00	5	0	0	130	Sim	Sim	L400 L401 L404 L408
4101610010	CLOPIDOGREL 75MG	394	06010071	Unidade	R\$ 0,00	500	500	0	130	Não	Sim	I241 I260 I269 I630 I631 I632 I633 I634 I635 I636 I638 I639 I693 I694 I740 I741 I742 I743 I744 I745 I748 I749 I820 I821 I822 I823 I828 I829
0604330022	CLOPIDOGREL 75MG	394	06010071	Unidade	R\$ 0,00	31	0	0	130	Sim	Sim	I200 I201 I210 I211 I212 I213 I214 I219 I220 I221 I228 I229 I230 I231 I232 I233 I234 I235 I236 I238 I240 I248 I249
0604080018	CLOROQUINA 150 mg	54	06010011	Unidade	R\$ 0,00	186		0	130	Sim	Sim	L930 L931 M050 M051



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
4101080029	CLOROQUINA 150 mg	54	06010011	Unidade	R\$ 0,10	500	500	0	130	Não	Sim	M052 M053 M058 M060 M068 M080 M321 M328 J991 L932 M320 N085 N164
0601080017	CLOROQUINA 150 mg	54	06010011	Unidade	R\$ 0,04	90	0	0	130	Sim	Não	M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M080
0601110013	CLOZAPINA 100 MG	55	06050037	Unidade	R\$ 1,55	240	0	0	130	Sim	Não	F200 F201 F202 F203 F204 F205 F206 F208
0604230087	CLOZAPINA 100 MG	55	06050037	Unidade	R\$ 0,00	248		0	130	Sim	Sim	F200 F201 F202 F203 F204 F205 F206 F208 F250 F251 F252 F311 F312 F313 F314 F315 F316 F317 G20
0604230079	CLOZAPINA 25 MG	56	06050038	Unidade	R\$ 0,00	992		0	130	Sim	Sim	F200 F201 F202 F203 F204 F205 F206 F208 F250 F251 F252 F311 F312 F313 F314 F315 F316 F317 G20
0601110021	CLOZAPINA 25 MG	56	06050038	Unidade	R\$ 0,37	960	0	0	130	Sim	Não	F200 F201 F202 F203 F204 F205 F206 F208
0601170024	CODEINA 30 MG	58	58	Unidade	R\$ 0,41	720	0	0	130	Sim	Não	R521 R522
0604050038	CODEINA 30 MG	58	58	Unidade	R\$ 0,00	372	0	0	130	Sim	Sim	R521 R522
0604050020	CODEINA 30 MG/ML	59	59	Unidade	R\$ 0,00	186		0	130	Sim	Sim	R521 R522
0601170032	CODEINA 30 MG/ML	59	59	Unidade	R\$ 2,66	180	0	0	130	Sim	Não	R521 R522
0601170016	CODEINA 3 MG/ML	57	57	Unidade	R\$ 13,92	6	0	0	130	Sim	Não	R521 R522
0604050011	CODEINA 3 MG/ML	57	57	Unidade	R\$ 0,00	31	0	0	130	Sim	Sim	R521 R522
0604050046	CODEINA 60 MG	60	60	Unidade	R\$ 0,00	186	0	0	130	Sim	Sim	R521 R522
0601170040	CODEINA 60 MG	60	60	Unidade	R\$ 0,68	360	0	0	130	Sim	Não	R521 R522



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
4101060010	COLISTIMETATO DE SODIO 1.000.000 UI	410008	02016211	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	E840 E848
0604060025	COMPL ALIMENTAR 1- 8 ANOS	62	06010003	Unidade	R\$ 0,00	3617		1	130	Sim	Sim	E700 E701
0601150015	COMPL ALIMENTAR 1- 8 ANOS	62	06010003	Tratamento	R\$ 0,40	3500	0	0	130	Sim	Não	E700
0604060025	COMPL ALIMENTAR MAIOR 1 ANO	392	392	Unidade	R\$ 0,00	3617		1	130	Sim	Sim	E700 E701
0604060025	COMPL ALIMENTAR MAIOR 8 ANOS	280	06010004	Unidade	R\$ 0,00	3617		1	130	Sim	Sim	E700 E701
0601150015	COMPL ALIMENTAR MAIOR 8 ANOS	280	06010004	Tratamento	R\$ 0,40	3500	0	0	130	Sim	Não	E700
0601150023	COMPL ALIMENTAR MENOR 1 ANO	61	06010002	Tratamento	R\$ 0,24	1500	0	0	130	Sim	Não	E700
0604060017	COMPL ALIMENTAR MENOR 1 ANO	61	06010002	Unidade	R\$ 0,00	1550		0	1	Sim	Sim	E700 E701
4101500010	COMPLEXO VITAMINICO	410007	02010012	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	E840 E841 E848 E849
4101000114	COMPLEXO VITAMINICO SOLUÇÃO	411925	02010013	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	E840 E841 E848 E849
0604760035	DACLATASVIR 30 MG	481	06050079	Unidade	R\$ 0,00	93	0	18	130	Sim	Sim	B171 B182
0604760027	DACLATASVIR 60 MG	480	06050076	Unidade	R\$ 0,00	31	0	18	130	Sim	Sim	B171 B182
0604140029	DANAZOL 100 MG	63	06010156	Unidade	R\$ 1,50	248		0	130	Sim	Sim	D693 D841 L930 L931 M321 M328 N800 N801 N802 N803 N804 N805 N808
0601290011	DANAZOL 100 MG	63	06010156	Unidade	R\$ 1,05	250	0	0	130	Sim	Não	D841 N800 N801 N802 N803 N804 N805 N808
0604140037	DANAZOL 200 MG	370	370	Unidade	R\$ 3,62	124		0	130	Sim	Sim	D693 D841 L930 L931 M321 M328 N800 N801 N802 N803 N804 N805



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												N808
0604140010	DANAZOL 50 MG	369	369	Unidade	R\$ 0,68	496		0	130	Sim	Não	D841 N800 N801 N802 N803 N804 N805 N808
0604820011	DAPAGLIFLOZINA 10MG	413775	06010200	Unidade	R\$ 0,00	31	0	18	130	Sim	Sim	E112 E113 E114 E115 E116 E117 E118 E119 I500 I501 I509 N182 N183 N184 N185
4101430089	DAPAGLIFLOZINA 10MG	413775	06010200	Unidade	R\$ 0,00	31	0	18	130	Não	Não	I500 I501 I509 N182 N183 N184 N185
0604020015	DEFERASIROX 125 MG	249	06050150	Unidade	R\$ 0,00	992	0	0	130	Sim	Sim	E831 T454
0601240030	DEFERASIROX 125 MG	249	06050150	Unidade	R\$ 10,96	720	0	0	130	Sim	Não	T454
0601240049	DEFERASIROX 250 MG	250	06050125	Unidade	R\$ 21,92	360	0	0	130	Sim	Não	T454
0604020023	DEFERASIROX 250 MG	250	06050125	Unidade	R\$ 0,00	496	0	0	130	Sim	Sim	E831 T454
0604020031	DEFERASIROX 500 MG	251	06050124	Unidade	R\$ 0,00	248	0	0	130	Sim	Sim	E831 T454
0601240057	DEFERASIROX 500 MG	251	06050124	Unidade	R\$ 43,83	180	0	0	130	Sim	Não	T454
0601240014	DEFERIPRONA 500MG	64	06010188	Unidade	R\$ 4,87	540	0	0	130	Sim	Não	T454
0604020040	DEFERIPRONA 500MG	64	06010188	Unidade	R\$ 8,06	620		0	130	Sim	Sim	E831 T454
0604020058	DEFERROXAMINA 500 MG	65	06010157	Unidade	R\$ 18,89	372		0	130	Sim	Sim	E831 E833 N180 N250 T454
0601240022	DEFERROXAMINA 500 MG	65	06010157	Unidade	R\$ 17,64	360	0	0	130	Sim	Não	N250 T454
4101260019	Desmopressina 0,1MG	337	337	Unidade	R\$ 0,00	180	0	0	130	Não	Não	E232
0604100027	DESMOPRESSINA 0,1MG	518	06050133	Unidade	R\$ 0,00	372	0	0	130	Sim	Sim	E232
0604100019	DESMOPRESSINA 0,1MG/ML NASAL	309	06050107	Unidade	R\$ 0,00	8	0	0	130	Sim	Sim	E232
0601260015	DESMOPRESSINA 0,1MG/ML NASAL	66	06010158	Unidade	R\$ 104,60	5	0	0	130	Sim	Não	E232
0601260015	DESMOPRESSINA 0,1MG/ML	309	06050107	Unidade	R\$ 104,60	5	0	0	130	Sim	Não	E232



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
	NASAL											
4101260027	DESMOPRESSINA 0,1MG/ML NASAL	66	06010158	Unidade	R\$ 0,00	8	0	0	130	Não	Não	E232
0604100035	DESMOPRESSINA 0,2MG (POR COMPRIMIDO)	519	06050134	Unidade	R\$ 0,00	186	0	0	130	Sim	Sim	E232
4101000130	Dieta pó infantil sabor baunilha	412194	02020048	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	E840 E841 E848 E849
4101000130	Dieta pó infantil sabor Chocolate	412121	02020045	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	E840 E841 E848 E849
4101000130	Dieta pó infantil sabor morango	412122	02020046	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	E840 E841 E848 E849
4101500044	DIETA SUPLEM. NUTRIC.LIQ BAUN	410003	02026230	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	E840 E841 E848 E849
4101500052	DIETA SUPLEM. NUTRIC.LIQ CHOC	410004	02026232	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	E840 E841 E848 E849
4101500060	DIETA SUPLEM. NUTRIC.LIQ MORG	410005	02023231	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	E840 E841 E848 E849
4101500028	DIETA SUPLEM. NUTRIC. PÓ BAUN	324	02026233	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	E840 E841 E848 E849
4101500095	DIETA SUPLEM. NUTRIC. PÓ CHOC	410009	02026235	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	E840 E841 E848 E849
4101500036	DIETA SUPLEM. NUTRIC. PÓ MORG	410002	02026234	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	E840 E841 E848 E849
4101060010	Diluyente para Colistimetato (água)	410010	02010007	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	E840 E848
4101500109	DILUENTE PARA RISDIPLAM (ÁGUA 100 ML)	414164	06050176	Unidade	R\$ 0,00	3	0	0	60	Não	Sim	G120 G121
0604130023	DONEPEZILA 10MG	67	06050044	Unidade	R\$ 0,00	31		40	130	Sim	Sim	F000 F001 F002 G300 G301 G308
0601220013	DONEPEZILA 10MG	67	06050044	Unidade	R\$ 8,57	30	0	0	130	Sim	Não	F000 F001 F002 G300 G301 G308



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0601220021	DONEPEZILA 5MG	68	06050043	Unidade	R\$ 7,72	60	0	0	130	Sim	Não	F000 F001 F002 G300 G301 G308
0604130015	DONEPEZILA 5MG	68	06050043	Unidade	R\$ 0,00	62		40	130	Sim	Sim	F000 F001 F002 G300 G301 G308
0604660022	DORZOLAMIDA 20 MG/ML SOL. OFTALMO.	467	06010093	Unidade	R\$ 0,00	2	0	0	130	Sim	Sim	H401 H402 H403 H404 H405 H406 H408 Q150
0604320213	ECULIZUMABE 300 MG	414035	06050169	Unidade	R\$ 0,00	11	0	14	130	Sim	Sim	D595
0604760060	ELBASVIR 50MG /GRAZOPREVIR 100MG	497	06050121	Unidade	R\$ 0,00	31	0	18	130	Sim	Sim	B171 B182
4101000173	Elbasvir/ Grazoprevir 50/100	413410	413410	Unidade	R\$ 0,00	28	0	18	130	Não	Não	B182
0604860021	ELEXACAFITOR+TEZA+IVA 100+50+75+ IVACAFITOR 150 mg	414319	06050185	Unidade	R\$ 0,00	93	0	6	130	Sim	Sim	E840 E841 E848
0604860030	ELEXACAFITOR+TEZA+IVA 50+25+37,5+IVACAFITOR 75 mg	414320	06050186	Unidade	R\$ 0,00	93	0	6	11	Sim	Sim	E840 E841 E848
0604250037	ELTROMBOPAGUE OLAMINA 25 MG	507	06010193	Unidade	R\$ 138,45	186	0	6	130	Sim	Sim	D610 D611 D612 D613 D618 D693
0604250045	ELTROMBOPAGUE OLAMINA 50 MG	508	06010194	Unidade	R\$ 276,93	93	0	6	130	Sim	Sim	D610 D611 D612 D613 D618 D693
0604800010	ENOXAPARINA SÓDICA 40mg/0,4mL SOL INJ (SER PREENC)	432	06050142	Unidade	R\$ 0,00	124	0	9	60	Sim	Sim	D688 I820 I821 I822 I823 I828 O223 O225
0604800029	ENOXAPARINA SÓDICA 60mg/0,6mL SOL INJ (SER PREENC)	413995	06050167	Unidade	R\$ 0,00	62	0	9	60	Sim	Sim	D688 I820 I821 I822 I823 I828 O223 O225
0604490011	ENTACAPONA 200 MG	69	06050111	Unidade	R\$ 0,00	310	0	0	130	Sim	Sim	G20
0601100042	ENTACAPONA 200 MG	69	06050111	Unidade	R\$ 1,98	300	0	0	130	Sim	Não	G20
0601120060	ENTECAVIR 0,5 MG	235	06050015	Unidade	R\$ 0,00	62	0	0	130	Sim	Não	B181



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

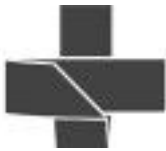
Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604460023	ENTECAVIR 0,5 MG	235	06050015	Unidade	R\$ 0,00	62		13	130	Sim	Não	B180 B181
0604460066	ENTECAVIR 1 MG	241	06050049	Unidade	R\$ 0,00	31	0	13	130	Sim	Não	B180 B181
0604380020	ETANERCEPTE 25MG	70	06050025	Unidade	R\$ 0,00	10	0	0	18	Sim	Sim	L400 L401 L404 L408 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M070 M072 M073 M080 M081 M082 M083 M084 M088 M089 M45 M468
0601010027	ETANERCEPTE 25MG	70	06050025	Tratamento	R\$ 2.838,83	8	1	0	130	Sim	Não	M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M080
0604380100	ETANERCEPTE 50 MG - BIO-MANGUINHOS	501	06050127	Unidade	R\$ 0,00	5	0	18	130	Sim	Sim	L400 L401 L404 L408 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M070 M072 M073 M080 M081 M082 M083 M084 M088 M089 M45 M468
0604380038	ETANERCEPTE 50 MG- Enbrel (PFIZER)	245	06050024	Unidade	R\$ 0,00	5	0	0	130	Sim	Sim	L400 L401 L404 L408 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M070 M072 M073 M080 M081 M082 M083 M084 M088 M089 M45 M468
0601010051	ETANERCEPTE 50 MG- Enbrel (PFIZER)	245	06050024	Tratamento	R\$ 2.838,83	8	1	0	130	Sim	Não	M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M080
0601180062	ETOFIBRATO 500MG	71	71	Unidade	R\$ 1,63	30	0	0	130	Sim	Não	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0604270046	ETOFIBRATO 500MG	71	71	Unidade	R\$ 0,00	31		0	130	Sim	Sim	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0604220014	ETOSSUXIMIDA 50 MG/ML	380	06020049	Unidade	R\$ 0,00	8		0	130	Sim	Sim	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604320019	EVEROLIMO 0,50 MG	247	06050019	Unidade	R\$ 0,00	310	0	0	130	Sim	Sim	T861 T862 T864 Z940 Z941 Z944
4101120020	EVEROLIMO 0,50 MG	247	06050019	Unidade	R\$ 0,00	310	0	0	130	Não	Sim	Z942 Z945 Z946 Z947 Z948
0601200195	EVEROLIMO 0,50 MG	247	06050019	Unidade	R\$ 7,67	180	0	0	130	Sim	Não	T861 Z940
0604320027	EVEROLIMO 0,75 MG	341	06050039	Unidade	R\$ 0,00	217	0	0	130	Sim	Sim	T861 T862 T864 Z940 Z941 Z944
4101120020	EVEROLIMO 0,75 MG	341	06050039	Unidade	R\$ 0,00	310	0	0	130	Não	Sim	Z942 Z945 Z946 Z947 Z948
4101120020	EVEROLIMO 1 MG	248	06050020	Unidade	R\$ 0,00	310	0	0	130	Não	Sim	Z942 Z945 Z946 Z947 Z948
0601200209	EVEROLIMO 1 MG	248	06050020	Unidade	R\$ 15,34	90	0	0	130	Sim	Não	T861 Z940
0604320035	EVEROLIMO 1 MG	248	06050020	Unidade	R\$ 0,00	155	0	0	130	Sim	Sim	T861 T862 T864 Z940 Z941 Z944
0604270054	FENOFIBRATO 200MG	72	06012243	Unidade	R\$ 0,00	31		0	130	Sim	Sim	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0601180070	FENOFIBRATO 200MG	72	06012243	Unidade	R\$ 0,94	30	0	0	130	Sim	Não	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0601180089	FENOFIBRATO 250MG	73	73	Unidade	R\$ 1,06	30	0	0	130	Sim	Não	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0604270062	FENOFIBRATO 250MG	73	73	Unidade	R\$ 0,00	31		0	130	Sim	Sim	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0604040016	FENOTEROL 100 MCG	229	06012244	Unidade	R\$ 0,00	16		0	130	Sim	Sim	J440 J441 J448 J450 J451 J458
0601050088	FENOTEROL 200 MCG	74	74	Unidade	R\$ 8,05	1	0	0	130	Não	Não	J450 J451 J458
0601160010	FILGRASTIM 300MCG	75	06050073	Unidade	R\$ 31,00	60	0	0	130	Sim	Não	B171 B182 B200 B201 B202 B203 B204 B205 B206 B207 B208 B209 B220 B221 B222 B227 B230 B231 B232 B238



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604250010	FILGRASTIM 300MCG	75	06050073	Unidade	R\$ 0,00	64	0	0	130	Sim	Sim	B24 D610 D611 D612 D613 D618 D70 Z948 B182 B200 B201 B202 B203 B204 B205 B206 B207 B208 B209 B220 B221 B222 B227 B230 B231 B232 B238 B24 D460 D461 D464 D467 D610 D611 D612 D613 D618 D70 Z948
4101470161	FILTRO HEMOLISADOR PARA TALIGLUCERASE	413006	06050036	Unidade	R\$ 0,00	99	0	0	130	Não	Sim	E752
0604320132	FINGOLIMODE 0,5 MG	477	06050074	Unidade	R\$ 0,00	31	0	10	130	Sim	Sim	G35
0604420013	FLUDROCORTISONA 0,1 MG	76	06010014	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	E250 E271 E274
0601340019	FLUDROCORTISONA 0,1 MG	76	06010014	Unidade	R\$ 0,38	120	0	0	130	Sim	Não	E250
0601280024	FLUTAMIDA 250 MG	77	77	Unidade	R\$ 0,68	30	0	0	130	Não	Não	E250
0604850042	FLUTICASONA+UMECLIDINIO +VILANTEROL 30 DOSES	414793	06010218	Unidade	R\$ 82,03	2	0	18	130	Sim	Sim	J440 J441 J448
0604360053	FLUVASTATINA 20 MG	79	79	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0601180097	FLUVASTATINA 20 MG	79	79	Unidade	R\$ 1,12	120	0	0	130	Sim	Não	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0601180100	FLUVASTATINA 40 MG	78	78	Unidade	R\$ 1,37	60	0	0	130	Sim	Não	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0604360061	FLUVASTATINA 40 MG	78	78	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0604040032	FORMOTEROL 12 MCG	80	80	Unidade	R\$ 0,00	3		0	130	Sim	Sim	J440 J441 J448 J450 J451 J458
0601050100	FORMOTEROL 12 MCG	80	80	Unidade	R\$ 19,24	1	0	0	130	Sim	Não	J450 J451 J458



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0601050126	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400 MCG CAP INALANTE	82	06010032	Unidade	R\$ 32,80	1	0	0	130	Sim	Não	J450 J451 J458
4101050049	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400 MCG CAP INALANTE	82	06010032	Unidade	R\$ 0,00	3	0	0	130	Não	Sim	E840 E841 E848
4101050030	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400 MCG CAP INALANTE	82	06010032	Unidade	R\$ 0,00	100	0	0	130	Não	Não	J440 J441 J448 J449
0604040040	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400 MCG CAP INALANTE	82	06010032	Unidade	R\$ 0,00	3	0	0	130	Sim	Sim	J440 J441 J448 J450 J451 J458
0604040059	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400MCG PÓ INALANTE	83	06010072	Unidade	R\$ 0,00	3	0	0	130	Sim	Sim	J440 J441 J448 J450 J451 J458
0601050118	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400MCG PÓ INALANTE	83	06010072	Unidade	R\$ 0,55	60	0	0	130	Sim	Não	J450 J451 J458
4101050049	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400MCG PÓ INALANTE	83	06010072	Unidade	R\$ 0,00	3	0	0	130	Não	Sim	E840 E841 E848
0604040024	FORMOTEROL 12 MCG CAP INALANTE FRCO	81	06012245	Unidade	R\$ 0,00	124	0	0	130	Sim	Sim	J440 J441 J448 J450 J451 J458
0601050096	FORMOTEROL 12 MCG CAP INALANTE FRCO	81	06012245	Unidade	R\$ 0,44	60	0	0	130	Sim	Não	J450 J451 J458
4101000157	FORMOTEROL 6 MCG+ BUDESONIDA 200 MCG 120 DOSES	413202	06010106	Unidade	R\$ 0,00	3	0	0	130	Não	Sim	E840 E841 E848 J440 J441 J448 J450 J451 J458
4101050057	FORMOTEROL 6MCG+BUDESONIDA 200MCG CAP INALANTE	85	06010073	Unidade	R\$ 0,00	6	0	0	130	Não	Sim	E840 E841 E848
0601050142	FORMOTEROL	85	06010073	Unidade	R\$ 0,53	120	0	0	130	Sim	Não	J450 J451 J458



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604040075	6MCG+BUDESONIDA 200MCG CAP INALANTE FORMOTEROL	85	06010073	Unidade	R\$ 0,00	6	0	0	130	Sim	Sim	J440 J441 J448 J450 J451 J458
0604040067	6MCG+BUDESONIDA 200MCG CAP INALANTE FORMOTEROL 6 MCG+	84	06010030	Unidade	R\$ 0,00	6		0	130	Sim	Sim	J440 J441 J448 J450 J451 J458
4101050057	BUDESONIDA 200 MCG PÓ INALANTE FORMOTEROL 6 MCG+	84	06010030	Unidade	R\$ 0,00	6	0	0	130	Não	Sim	E840 E841 E848
4101050030	BUDESONIDA 200 MCG PÓ INALANTE FORMOTEROL 6 MCG+	84	06010030	Unidade	R\$ 0,00	100	0	0	130	Não	Não	J440 J441 J448 J449
0601050134	BUDESONIDA 200 MCG PÓ INALANTE FORMOTEROL 6 MCG+	84	06010030	Unidade	R\$ 31,60	2	0	0	130	Sim	Não	J450 J451 J458
0604540027	FUMARATO DE DIMETILA 120 MG (POR CÁPSULA)	492	06050098	Unidade	R\$ 0,00	14	14	18	130	Sim	Sim	G35
0604540035	FUMARATO DE DIMETILA 240 MG (POR CÁPSULA)	493	06050099	Unidade	R\$ 0,00	62	0	18	130	Sim	Sim	G35
0604500017	GABAPENTINA 300 MG	86	06020009	Unidade	R\$ 0,00	372		3	130	Sim	Sim	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
4101070015	GABAPENTINA 300 MG	86	06020009	Unidade	R\$ 0,00	372	0	3	130	Não	Sim	G35
0601070011	GABAPENTINA 300 MG	86	06020009	Unidade	R\$ 0,59	660	0	0	130	Sim	Não	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
0601070020	GABAPENTINA 400 MG	87	06020010	Unidade	R\$ 0,77	480	0	0	130	Sim	Não	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604500025	GABAPENTINA 400 MG	87	06020010	Unidade	R\$ 0,00	279		3	130	Sim	Sim	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
0604130040	GALANTAMINA ER 16MG (POR CAP DE LIB PROLONG)	238	06050115	Unidade	R\$ 0,00	31	0	40	130	Sim	Sim	F000 F001 F002 G300 G301 G308
0601220099	GALANTAMINA ER 16MG (POR CAP DE LIB PROLONG)	238	06050115	Unidade	R\$ 5,64	30	0	0	130	Sim	Não	F000 F001 F002 G300 G301 G308
0601220102	GALANTAMINA ER 24MG (POR CAP DE LIB PROLONG)	239	06050116	Unidade	R\$ 6,06	30	0	0	130	Sim	Não	F000 F001 F002 G300 G301 G308
0604130058	GALANTAMINA ER 24MG (POR CAP DE LIB PROLONG)	239	06050116	Unidade	R\$ 0,00	31	0	40	130	Sim	Sim	F000 F001 F002 G300 G301 G308
0604130031	GALANTAMINA ER 8MG (POR CAP DE LIB PROLONG)	237	06050114	Unidade	R\$ 0,00	93	0	40	130	Sim	Sim	F000 F001 F002 G300 G301 G308
0601220080	GALANTAMINA ER 8MG (POR CAP DE LIB PROLONG)	237	06050114	Unidade	R\$ 4,90	90	0	0	130	Sim	Não	F000 F001 F002 G300 G301 G308
0604240082	GALSULFASE 1 MG/ML SOL.INJ.(FRASCO AMPOLA DE 5ML)	521	06050155	Unidade	R\$ 0,00	100	0	0	130	Sim	Sim	E762
0604270070	GENFIBROZILA 600MG	88	06010105	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0601180119	GENFIBROZILA 600MG	88	06010105	Unidade	R\$ 0,80	60	0	0	130	Sim	Não	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0601180127	GENFIBROZILA 900MG	89	06012251	Unidade	R\$ 0,87	30	0	0	130	Sim	Não	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0604270089	GENFIBROZILA 900MG	89	06012251	Unidade	R\$ 0,00	31		0	130	Sim	Sim	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0604520018	GLATIRAMER 20MG	90	06050021	Unidade	R\$ 0,00	31	0	0	130	Sim	Sim	G35
0601190106	GLATIRAMER 20MG	90	06050021	Unidade	R\$ 65,43	30	0	0	130	Sim	Não	G35
0604520026	GLATIRAMER 40MG (POR SERINGA PREENCH)	503	06050128	Unidade	R\$ 0,00	14	0	0	130	Sim	Sim	G35
0604760078	GLECAPREVIR 100MG	498	06050122	Unidade	R\$ 0,00	93	0	18	130	Sim	Sim	B171 B182



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
	/PIBRENTASVIR 40MG											
4101000181	Glecaprevir/ Pibrentasvir 100/40	413411	413411	Unidade	R\$ 0,00	84	0	18	130	Não	Não	B182
4101470080	GLICOSÍMETRO	303	02070022	Unidade	R\$ 11,61	1	0	0	130	Não	Sim	E10 E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
4101470064	GLICOSÍMETRO (Abbott)	279	02070009	Tratamento	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Sim	E10 E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
0604380089	GOLIMUMABE 50 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENC)	454	06050067	Unidade	R\$ 0,00	2	0	18	130	Sim	Sim	M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M070 M072 M073 M45 M468
0604110022	GOSSERRELINA 10,80 MG	92	06012229	Unidade	R\$ 967,00	1		0	130	Sim	Sim	D250 D251 D252 E228 N800 N801 N802 N803 N804 N805 N808
4101270014	GOSSERRELINA 10,80 MG	92	06012229	Unidade	R\$ 0,00	2	0	0	130	Não	Sim	E230 E343 P051 Q960 Q961 Q962 Q963 Q964 Q968
0601270029	GOSSERRELINA 10,80 MG	92	06012229	Unidade	R\$ 685,90	1	0	0	130	Sim	Não	D250 D251 D252 E228 N800 N801 N802 N803 N804 N805 N808
0601270010	GOSSERRELINA 3,60MG	91	06010167	Unidade	R\$ 187,20	2	0	0	130	Sim	Não	D250 D251 D252 E228 N800 N801 N802 N803 N804 N805 N808
0604110014	GOSSERRELINA 3,60MG	91	06010167	Unidade	R\$ 367,55	2		0	130	Sim	Sim	D250 D251 D252 E228 N800 N801 N802 N803 N804 N805 N808
4101270014	GOSSERRELINA 3,60MG	91	06010167	Unidade	R\$ 0,00	2	0	0	130	Não	Sim	E230 E343 P051 Q960 Q961 Q962 Q963 Q964 Q968
4101080010	HIDROXICLOROQUINA 400 MG	93	06010033	Tratamento	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Sim	J991 L932 M320 N085 N164



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0601080025	HIDROXICLOROQUINA 400 MG	93	06010033	Unidade	R\$ 0,75	90	0	0	130	Sim	Não	M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M080
0604080026	HIDROXICLOROQUINA 400 MG	93	06010033	Unidade	R\$ 0,00	93		0	130	Sim	Sim	L930 L931 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M080 M321 M328 M330 M331
0604170017	HIDRÓXIDO DE ALUMINIO 230 MG/ML	384	384	Unidade	R\$ 0,00	1456		0	130	Sim	Sim	E833 N180
0604170025	HIDRÓXIDO DE ALUMINIO 300 MG/ML	385	385	Unidade	R\$ 0,00	1116		0	130	Sim	Sim	E833 N180
0604170033	HIDRÓXIDO DE ALUMINIO 61,5 MG/ML	381	381	Unidade	R\$ 0,00	54		0	130	Sim	Sim	E833 N180
0604170050	HIDRÓXIDO DE ALUMINIO 61,5 MG/ML	383	383	Unidade	R\$ 0,00	23		0	130	Sim	Sim	E833 N180
0604170041	HIDRÓXIDO DE ALUMINIO 61,5 MG/ML	382	382	Unidade	R\$ 0,00	36		0	130	Sim	Sim	E833 N180
0604480024	HIDROXIUREIA 100 MG	414479	06010217	Unidade	R\$ 4,45	272	0	0	130	Sim	Sim	D570 D571 D572
0604480016	HIDROXIUREIA 500 MG	94	06010017	Unidade	R\$ 1,20	217		0	130	Sim	Sim	D570 D571 D572
0601030010	HIDROXIUREIA 500 MG	94	06010017	Unidade	R\$ 0,72	300	0	0	130	Sim	Não	D561 D568 D570 D571 D572
0604240074	IDURSULFASE ALFA 2MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	491	06050100	Unidade	R\$ 0,00	45	0	0	130	Sim	Sim	E761
0604330014	ILOPROSTA 10 MCG/ML	371	06010191	Unidade	R\$ 23,44	279	0	0	130	Sim	Sim	I270 I272 I278
0604330014	ILOPROSTA 10 MCG/ML (2 ML)	413292	413292	Unidade	R\$ 23,44	279	0	0	130	Sim	Sim	I270 I272 I278
0601360010	IMIGLUCERASE 200 U.I	95	06050004	Unidade	R\$ 0,00	48	0	0	130	Sim	Não	E752
0604240015	IMIGLUCERASE 200 U.I	95	06050004	Unidade	R\$ 0,00	48		0	130	Sim	Sim	E752
0604240031	IMIGLUCERASE 400 U.I	389	06050040	Unidade	R\$ 0,00	45	0	0	130	Sim	Sim	E752
0604300042	IMUNOGLOBULINA ANTI-	98	06050050	Unidade	R\$ 0,00	11	0	0	130	Sim	Não	B160 B162 B180 B181



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
	HEPATITE B 1000 UI											
0601210026	IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 1000 UI	98	06050050	Unidade	R\$ 565,96	1	0	0	130	Não	Não	B160 B162 B180 B181
0601210018	IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 100 UI	96	06050041	Unidade	R\$ 184,00	8	0	0	130	Sim	Não	B160 B162 B180 B181
0604300018	IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 100 UI	96	06050041	Unidade	R\$ 0,00	8		0	130	Sim	Não	B160 B162 B180 B181
0604300026	IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 500 UI	97	06012233	Unidade	R\$ 1.055,52	1		0	130	Sim	Não	B160 B162 B180 B181
0601210034	IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 500 UI	97	06012233	Unidade	R\$ 762,22	2	0	0	130	Sim	Não	B160 B162 B180 B181
0604300034	IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 600 UI	391	06050032	Unidade	R\$ 0,00	1	0	0	130	Sim	Sim	B160 B162 B180 B181
0604310013	IMUNOGLOBULINA HUMANA 0,5 G	99	06012092	Unidade	R\$ 69,42	600		0	130	Sim	Sim	B200 B201 B202 B203 B204 B205 B206 B207 B208 B209 B220 B221 B222 B227 B230 B231 B232 B238 B24 B342 D590 D591 D600 D601 D608 D693 D800 D801 D803 D805 D806 D807 D808 D810 D811 D812 D813 D814 D815 D816 D817 D818 D820 D821 D830 D832 D838 G610 G700 G702 M330 M331 M332 T861 Z940
0601210042	IMUNOGLOBULINA HUMANA 0,5 G	99	06012092	Unidade	R\$ 27,04	480	0	0	130	Sim	Não	B200 B201 B202 B203 B204 B205 B206 B207 B208 B209 B220 B221 B222 B227 B230 B231



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												B232 B238 B24 D590 D591 D600 D800 D801 D803 D805 D806 D807 D808 D810 D811 D812 D813 D814 D815 D816 D817 D818 D820 D821 D830 D832 D838 G610 G700 M330 M331 M332
0601210050	IMUNOGLOBULINA HUMANA 1,0 G	100	06011221	Unidade	R\$ 51,92	240	0	0	130	Sim	Não	B200 B201 B202 B203 B204 B205 B206 B207 B208 B209 B220 B221 B222 B227 B230 B231 B232 B238 B24 D590 D591 D600 D800 D801 D803 D805 D806 D807 D808 D810 D811 D812 D813 D814 D815 D816 D817 D818 D820 D821 D830 D832 D838 G610 G700 M330 M331 M332
0604310021	IMUNOGLOBULINA HUMANA 1,0 G	100	06011221	Unidade	R\$ 136,20	300		0	130	Sim	Sim	B200 B201 B202 B203 B204 B205 B206 B207 B208 B209 B220 B221 B222 B227 B230 B231 B232 B238 B24 B342 D590 D591 D600 D601 D608 D693 D800 D801 D803 D805 D806 D807 D808 D810 D811 D812 D813 D814 D815 D816 D817 D818 D820 D821



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604310030	IMUNOGLOBULINA HUMANA 2,5 G	101	06011044	Unidade	R\$ 352,01	200		0	130	Sim	Sim	D830 D832 D838 G610 G700 G702 M330 M331 M332 T861 Z940
0601210069	IMUNOGLOBULINA HUMANA 2,5 G	101	06011044	Unidade	R\$ 129,55	96	0	0	130	Sim	Não	B200 B201 B202 B203 B204 B205 B206 B207 B208 B209 B220 B221 B222 B227 B230 B231 B232 B238 B24 B342 D590 D591 D600 D601 D608 D693 D800 D801 D803 D805 D806 D807 D808 D810 D811 D812 D813 D814 D815 D816 D817 D818 D820 D821 D830 D832 D838 G610 G700 G702 M330 M331 M332 T861 Z940
0601210077	IMUNOGLOBULINA HUMANA 3,0 G	103	103	Unidade	R\$ 200,00	80	0	0	130	Sim	Não	B200 B201 B202 B203 B204 B205 B206 B207



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												B208 B209 B220 B221 B222 B227 B230 B231 B232 B238 B24 D590 D591 D600 D800 D801 D803 D805 D806 D807 D808 D810 D811 D812 D813 D814 D815 D816 D817 D818 D820 D821 D830 D832 D838 G610 G700 M330 M331 M332
0604310048	IMUNOGLOBULINA HUMANA 3,0 G	103	103	Unidade	R\$ 290,79	167		0	130	Sim	Sim	B200 B201 B202 B203 B204 B205 B206 B207 B208 B209 B220 B221 B222 B227 B230 B231 B232 B238 B24 B342 D590 D591 D600 D693 D800 D801 D803 D805 D806 D807 D808 D810 D811 D812 D813 D814 D815 D816 D817 D818 D820 D821 D830 D832 D838 G610 G700 M330 M331 M332 T861 Z940
0604310056	IMUNOGLOBULINA HUMANA 5,0 G	104	06050005	Unidade	R\$ 0,00	100		0	130	Sim	Sim	B200 B201 B202 B203 B204 B205 B206 B207 B208 B209 B220 B221 B222 B227 B230 B231 B232 B238 B24 B342 D590 D591 D600 D601 D608 D693 D800 D801 D803 D805 D806 D807



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0601210085	IMUNOGLOBULINA HUMANA 5,0 G	104	06050005	Unidade	R\$ 0,00	48	0	0	130	Sim	Não	D808 D810 D811 D812 D813 D814 D815 D816 D817 D818 D820 D821 D830 D832 D838 G610 G700 G702 M330 M331 M332 T861 Z940
0601210093	IMUNOGLOBULINA HUMANA 6,0 G	102	102	Unidade	R\$ 432,00	40	0	0	130	Sim	Não	B200 B201 B202 B203 B204 B205 B206 B207 B208 B209 B220 B221 B222 B227 B230 B231 B232 B238 B24 D590 D591 D600 D800 D801 D803 D805 D806 D807 D808 D810 D811 D812 D813 D814 D815 D816 D817 D818 D820 D821 D830 D832 D838 G610 G700 M330 M331 M332
0604310064	IMUNOGLOBULINA HUMANA	102	102	Unidade	R\$ 692,78	84		0	130	Sim	Sim	B200 B201 B202 B203



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
	6,0 G											B204 B205 B206 B207 B208 B209 B220 B221 B222 B227 B230 B231 B232 B238 B24 B342 D590 D591 D600 D693 D800 D801 D803 D805 D806 D807 D808 D810 D811 D812 D813 D814 D815 D816 D817 D818 D820 D821 D830 D832 D838 G610 G700 M330 M331 M332 T861 Z940
0604380054	INFLIXIMABE 100 MG (BIO-MANGUINHOS)	105	06050017	Unidade	R\$ 0,00	10		0	130	Sim	Sim	K500 K501 K508 K510 K512 K513 K515 K518 M070 M072 M073 M45 M468
0604380046	INFLIXIMABE 100 MG (BIO-MANGUINHOS)	105	06050017	Unidade	R\$ 0,00	10	0	0	130	Sim	Sim	M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M080 M081 M082 M083 M084 M088 M089
0601010043	INFLIXIMABE 100 MG (BIO-MANGUINHOS)	105	06050017	Unidade	R\$ 1.470,56	6	0	0	130	Sim	Não	K500 K501 K508
0601010035	INFLIXIMABE 100 MG (BIO-MANGUINHOS)	105	06050017	Tratamento	R\$ 2.838,83	8	1	0	130	Sim	Não	M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M080
0604380119	INFLIXIMABE 100 MG - REMSIMA (CELLTRION)	413942	06050162	Unidade	R\$ 0,00	10	0	0	130	Sim	Sim	K500 K501 K508 K510 K512 K513 K515 K518 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M070 M072 M073 M080 M081 M082 M083 M084 M088 M089 M45 M468



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604380119	INFLIXIMABE 100 MG - XILFYA (PFIZER)	414458	06050189	Unidade	R\$ 0,00	10	0	0	130	Sim	Sim	K500 K501 K508 K510 K512 K513 K515 K518 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M070 M072 M073 M080 M081 M082 M083 M084 M088 M089 M45 M468
0604780010	INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA(GLULISINA)100UI/ML	413839	06050158	Unidade	R\$ 0,00	13	0	1	130	Sim	Sim	E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
4101000122	INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA(GLULISINA)100UI/ML	414044	02070037	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
4101430070	INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA (LISPRO) 100UI/ML	412741	02070032	Unidade	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Sim	E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
4101000122	INSULINA ASPARTE 100 UI/ML 10 ml	411397	02070029	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
4101000106	INSULINA ASPARTE 100UI/ml REFIL 3ml	411301	02070028	Unidade	R\$ 0,00	13	0	0	130	Não	Sim	E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
4101430054	INSULINA CANETA ANÁLOGA AÇÃO PROLONGADA(GLARGINA)	302	02070012	Unidade	R\$ 0,01	13	0	0	130	Não	Não	E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
0604780010	INSULINA CANETA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA (ASPARTE)	490	06050095	Unidade	R\$ 0,00	13	0	1	130	Sim	Sim	E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
4101430020	INSULINA CANETA ASPARTE (menor 3 anos)	261	06010109	Tratamento	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Não	E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
0604780028	INSULINA CANETA ASPARTE	261	06010109	Unidade	R\$ 30,09	13	0	1	49	Sim	Não	E100 E101 E102 E103



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
	(menor 3 anos)											E104 E105 E106 E107 E108 E109
0604780036	INSULINA CANETA ASPARTE (menor 3 anos)	261	06010109	Unidade	R\$ 20,32	13	0	1	3	Sim	Sim	E100 E101 E102 E104 E105 E106 E107 E108 E109
4101430046	INSULINA DETEMIR 100 UI/ml caneta	281	02070013	Tratamento	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Não	E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
4101430038	INSULINA GLARGINA 100 UI/ml	244	02070015	Tratamento	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Sim	E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
4101430062	INSULINA LISPRO 100 UI/ml caneta	312	02070027	Tratamento	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Sim	E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
4101430011	INSULINA LISPRO 100 UI/ml Refil	260	02070011	Tratamento	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Sim	E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
4101430054	INSULINA REFIL ANÁLOGA PROLONGADA (GLARGINA-CEAF)	411892	06050191	Unidade	R\$ 0,01	13	0	0	130	Não	Não	E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
0604780052	INSULINA REFIL ANÁLOGA PROLONGADA (GLARGINA-CEAF)	411892	06050191	Unidade	R\$ 0,00	11	0	2	130	Sim	Sim	E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
0604780010	INSULINA REFIL ANÁLOGA RÁPIDA (ASPARTE)	414199	06050179	Unidade	R\$ 0,00	13	0	1	130	Sim	Sim	E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
0604780010	INSULINA REFIL ANÁLOGA RÁPIDA (LISPRO-CEAF)	414456	06050200	Unidade	R\$ 0,00	13	0	1	130	Sim	Sim	E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
0604590016	ISOTRETINOINA 10 MG	106	06020018	Unidade	R\$ 0,00	620		0	130	Sim	Sim	L700 L701 L708
0601140036	ISOTRETINOINA 10 MG	106	06020018	Unidade	R\$ 0,34	720	0	0	130	Sim	Não	L700 L701 L708



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0601140044	ISOTRETINOINA 20 MG	107	06020001	Unidade	R\$ 0,50	360	0	0	130	Sim	Não	L700 L701 L708
0604590024	ISOTRETINOINA 20 MG	107	06020001	Unidade	R\$ 0,00	310		0	130	Sim	Sim	L700 L701 L708
4101140013	ITRACONAZOL 100MG	228	06036102	Tratamento	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Sim	B380 B381 B388 B389 B410 B417 B418 B419 B430 B431 B432 B438 B439 B451
0604860013	IVACAFTOR 150 MG	413976	06050166	Unidade	R\$ 0,00	62	0	6	130	Sim	Sim	E840 E848
4101000092	(JUD) ACP - TIOTRÓPIO, BROMETO 2,5MCG SOL. INALAT.	411402	08011146	Unidade	R\$ 0,00	1	0	0	130	Não	Sim	J440 J441 J448 J449
4101470137	KIT APLICAÇÃO ABATACEPTE	411470	06050065	Unidade	R\$ 0,00	3	0	5	130	Não	Sim	M050 M053 M058 M060 M068 M080
4101470129	KIT APLICAÇÃO INFLIXIMABE (BIO-MANGUINHOS)	282	06050068	Unidade	R\$ 0,00	999	0	0	130	Não	Sim	K500 K501 K508 K510 K512 K513 K515 K518 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M070 M072 M073 M080 M45 M468
4101470170	KIT APLICAÇÃO INFLIXIMABE REMSIMA (CELLTRION)	413943	06050165	Unidade	R\$ 0,00	999	0	0	130	Não	Sim	K500 K501 K508 K510 K512 K513 K515 K518 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M070 M072 M073 M080 M081 M082 M083 M084 M088 M089 M45 M468
4101470170	KIT APLICAÇÃO INFLIXIMABE XILFYA (PFIZER)	414459	06050190	Unidade	R\$ 0,00	999	0	0	130	Não	Sim	K500 K501 K508 K510 K512 K513 K515 K518 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M070 M072 M073 M080 M081



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604460031	LAMIVUDINA 10 MG/ML	108	06050058	Unidade	R\$ 0,00	4		0	130	Sim	Não	M082 M083 M084 M088 M089 M45 M468
0601120019	LAMIVUDINA 10 MG/ML	108	06050058	Unidade	R\$ 24,38	2	0	0	130	Sim	Não	B160 B162 B180 B181
0601120027	LAMIVUDINA 150 MG	109	06050018	Unidade	R\$ 0,69	30	0	0	130	Sim	Não	B160 B162 B180 B181
0604460040	LAMIVUDINA 150 MG	109	06050018	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Não	B160 B162 B180 B181
0604500050	LAMOTRIGINA 100 MG	111	06022191	Unidade	R\$ 0,00	217		2	130	Sim	Sim	F311 F312 F313 F314 F315 F316 F317 G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
0601070038	LAMOTRIGINA 100 MG	111	06022191	Unidade	R\$ 0,35	150	0	0	130	Sim	Não	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
0601070046	LAMOTRIGINA 25 MG	110	06020046	Unidade	R\$ 0,12	600	0	0	130	Sim	Não	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
0604500033	LAMOTRIGINA 25 MG	110	06020046	Unidade	R\$ 0,00	868		2	130	Sim	Sim	F311 F312 F313 F314 F315 F316 F317 G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
0604500041	LAMOTRIGINA 50 MG	253	253	Unidade	R\$ 0,00	434		2	130	Sim	Sim	F311 F312 F313 F314 F315 F316 F317 G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
4101470102	LANCETA	443	02070025	Unidade	R\$ 0,25	200	0	0	130	Não	Sim	E10 E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
4101470048	LANCETA (Abbott)	277	02070007	Tratamento	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Não	E10 E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
4101470110	LANCETADOR	444	02070026	Tratamento	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Sim	E10 E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
4101470110	LANCETADOR (Abbott)	305	02070014	Tratamento	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Sim	E10 E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
4101470110	LANCETADOR (Roche)	306	02070019	Tratamento	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Sim	E10 E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
4101470102	LANCETA (Roche)	304	02070021	Unidade	R\$ 0,25	200	0	0	130	Não	Sim	E10 E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
0604290080	LANREOTIDA 120 MG	468	06050146	Unidade	R\$ 0,00	1	0	0	130	Sim	Sim	E220
0604290063	LANREOTIDA 60 MG	469	469	Unidade	R\$ 0,00	1	0	0	130	Sim	Sim	E220
0604290071	LANREOTIDA 90 MG	470	06050145	Unidade	R\$ 0,00	1	0	0	130	Sim	Sim	E220
0604240066	LARONIDASE 0,58 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	488	06050093	Unidade	R\$ 0,00	100	0	0	130	Sim	Sim	E760
0604650027	LATANOPROSTA 0,05 MG/ML SOL.OFTALM.	471	06050105	Unidade	R\$ 0,00	1		0	130	Sim	Sim	H401 H402 H403 H404 H405 H406 H408 Q150
0604760051	LEDIPASVIR 90MG /SOFOSBUVIR 400MG	496	06050119	Unidade	R\$ 0,00	31	0	12	130	Sim	Sim	B171 B182
4101120039	Ledipasvir/sofosbuvir 90/400	413408	413408	Unidade	R\$ 0,00	28	0	18	130	Não	Não	B182
0601200071	LEFLUNOMIDA 20MG	112	06050069	Unidade	R\$ 4,37	30	0	0	130	Sim	Não	M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M080
0604320043	LEFLUNOMIDA 20MG	112	06050069	Unidade	R\$ 0,00	31		0	130	Sim	Sim	M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M070 M072 M073 M080 M081 M082 M083 M084 M088 M089



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

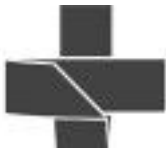
Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0601160029	LENOGRASTIM 33,6 MUI	113	113	Unidade	R\$ 31,00	60	0	0	130	Não	Não	B171 B182 B200 B201 B202 B203 B204 B205 B206 B207 B208 B209 B220 B221 B222 B227 B230 B231 B232 B238 B24 D610 D611 D612 D613 D618 D70 Z948
0601270045	LEUPRORRELINA 11,25MG	114	06010084	Unidade	R\$ 686,86	1	0	0	130	Sim	Não	D250 D251 D252 E228 N800 N801 N802 N803 N804 N805 N808
4101270014	LEUPRORRELINA 11,25MG	114	06010084	Unidade	R\$ 0,00	2	0	0	130	Não	Sim	E230 E343 P051 Q960 Q961 Q962 Q963 Q964 Q968
0604110049	LEUPRORRELINA 11,25MG	114	06010084	Unidade	R\$ 1.159,44	1		0	130	Sim	Sim	D250 D251 D252 E228 N800 N801 N802 N803 N804 N805 N808
0604110030	LEUPRORRELINA 3,75 MG	115	06010074	Unidade	R\$ 256,58	2		0	130	Sim	Sim	D250 D251 D252 E228 N800 N801 N802 N803 N804 N805 N808
0601270037	LEUPRORRELINA 3,75 MG	115	06010074	Unidade	R\$ 125,87	2	0	0	130	Sim	Não	D250 D251 D252 E228 N800 N801 N802 N803 N804 N805 N808
4101270014	LEUPRORRELINA 3,75 MG	115	06010074	Unidade	R\$ 0,00	2	0	0	130	Não	Sim	E230 E343 P051 Q960 Q961 Q962 Q963 Q964 Q968
4101270014	LEUPRORRELINA 45MG	414033	06010207	Unidade	R\$ 0,00	2	0	0	130	Não	Sim	E230 E343 P051 Q960 Q961 Q962 Q963 Q964 Q968
0604110081	LEUPRORRELINA 45MG	414033	06010207	Unidade	R\$ 1.335,37	1	0	2	130	Sim	Sim	E228
0604500149	LEVETIRACETAM 1.000 MG	414234	06050180	Unidade	R\$ 0,00	93	0	0	130	Sim	Sim	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												G408
4101000270	Levetiracetam 100mg/mL	413430	413430	Unidade	R\$ 0,00	6	0	0	130	Não	Não	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
0604500122	LEVETIRACETAM 100 MG/ML	517	06050138	Unidade	R\$ 0,00	10	0	0	130	Sim	Sim	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
0604500092	LEVETIRACETAM 100 MG/ML	504	06050129	Unidade	R\$ 0,00	7	0	0	130	Sim	Sim	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
4101000254	Levetiracetam 250mg	413428	0602	Unidade	R\$ 0,00	360	0	0	130	Não	Não	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
0604500106	LEVETIRACETAM 250 MG	513	06050136	Unidade	R\$ 0,00	372	0	0	130	Sim	Sim	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
0604500130	LEVETIRACETAM 500 MG	414235	06050181	Unidade	R\$ 0,00	186	0	0	130	Sim	Sim	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
4101000262	Levetiracetam 750mg	413429	06020052	Unidade	R\$ 0,00	120	0	0	130	Não	Não	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
0604500114	LEVETIRACETAM 750 MG	514	06050137	Unidade	R\$ 0,00	124	0	0	130	Sim	Sim	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
0601100050	LEVODOPA 100 MG + BENSERAZIDA 25 MG	116	06010045	Unidade	R\$ 0,43	240	0	0	130	Não	Não	G20
0601100050	LEVODOPA 100 MG + BENSERAZIDA 25 MG - DISPERSÍVEL	310	06010058	Unidade	R\$ 0,43	240	0	0	130	Não	Não	G20
0601100069	LEVODOPA 200 MG + BENSERAZIDA 50 MG	117	06010044	Unidade	R\$ 0,80	120	0	0	130	Não	Não	G20



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0601100077	LEVODOPA 200 MG + CARBIDOPA 50 MG	118	06010043	Unidade	R\$ 0,18	240	0	0	130	Não	Não	G20
0601100085	LEVODOPA 250MG + CARBIDOPA 25 MG	119	06010042	Unidade	R\$ 0,18	240	0	0	130	Não	Não	G20
0601330013	LEVOTIROXINA 100 MCG	120	06012191	Unidade	R\$ 0,12	90	0	0	130	Não	Não	E030 E031
0601330021	LEVOTIROXINA 150 MCG	121	06010009	Unidade	R\$ 0,20	60	0	0	130	Não	Não	E030 E031
0601330030	LEVOTIROXINA 25 MCG	122	06012190	Unidade	R\$ 0,10	300	0	0	130	Não	Não	E030 E031
0601330048	LEVOTIROXINA 50 MCG	123	06012197	Unidade	R\$ 0,11	150	0	0	130	Não	Não	E030 E031
0601180135	LOVASTATINA 10 MG	126	126	Unidade	R\$ 0,16	240	0	0	130	Sim	Não	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0604360070	LOVASTATINA 10 MG	126	126	Unidade	R\$ 0,00	248		0	130	Sim	Sim	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0604360088	LOVASTATINA 20 MG	124	124	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0601180143	LOVASTATINA 20 MG	124	124	Unidade	R\$ 0,11	120	0	0	130	Sim	Não	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0601180151	LOVASTATINA 40 MG	125	125	Unidade	R\$ 0,90	60	0	0	130	Sim	Não	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0604360096	LOVASTATINA 40 MG	125	125	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
4101000211	Memantina 10mg	413427	413427	Unidade	R\$ 0,00	60	0	40	130	Não	Não	F000 F001 F002 G300 G301 G308
0604540078	MEMANTINA 10 MG	505	06050130	Unidade	R\$ 0,00	62	0	40	130	Sim	Sim	F000 F001 F002 G300 G301 G308
0604840020	MEPOLIZUMABE 100 MG	413908	06010112	Unidade	R\$ 4.756,28	2	0	18	130	Sim	Sim	J450 J451 J458
0601090020	MESALAZINA 1000 MG	127	06010040	Unidade	R\$ 5,22	30	0	0	130	Sim	Não	K500 K501 K508 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518
0604010060	MESALAZINA 1000 MG	127	06010040	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	K510 K511 K512 K513



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												K514 K515 K518
0604010079	MESALAZINA 1G + DILUENTE 100ML	128	06010070	Unidade	R\$ 0,00	155		0	130	Sim	Sim	K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518
0601090012	MESALAZINA 1G + DILUENTE 100ML	128	06010070	Unidade	R\$ 4,70	30	0	0	130	Sim	Não	K500 K501 K508 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518
0601090039	MESALAZINA 250 MG	129	06010012	Unidade	R\$ 0,86	120	0	0	130	Sim	Não	K500 K501 K508 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518
0604010044	MESALAZINA 250 MG	129	06010012	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518
4101090016	MESALAZINA 2G GRAN LIB PROL	414315	06010178	Unidade	R\$ 0,00	62	0	18	130	Não	Não	K510 K512 K513 K515 K518
0604010109	MESALAZINA 2G GRAN LIB PROL	414315	06010178	Unidade	R\$ 0,00	62	0	18	130	Sim	Sim	K510 K512 K513 K515 K518
0604010087	MESALAZINA 3G + DILUENTE 100ML	130	06010055	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518
0601090047	MESALAZINA 3G + DILUENTE 100ML	130	06010055	Unidade	R\$ 8,62	30	0	0	130	Sim	Não	K500 K501 K508 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518
0601090055	MESALAZINA 400 MG	131	06010015	Unidade	R\$ 0,30	300	0	0	130	Sim	Não	K500 K501 K508 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518
0604010010	MESALAZINA 400 MG	131	06010015	Unidade	R\$ 0,00	372		0	130	Sim	Sim	K500 K501 K508 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518
0604010052	MESALAZINA 500 MG	132	132	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518
0601090101	MESALAZINA 500 MG	132	132	Unidade	R\$ 1,28	60	0	0	130	Sim	Não	K500 K501 K508 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0601090063	MESALAZINA 500 MG	133	06010008	Unidade	R\$ 0,93	240	0	0	130	Sim	Não	K500 K501 K508 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518
0604010028	MESALAZINA 500 MG	133	06010008	Unidade	R\$ 0,00	310		0	130	Sim	Sim	K500 K501 K508 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518
0604010036	MESALAZINA 800 MG	134	06010087	Unidade	R\$ 0,00	186		0	130	Sim	Sim	K500 K501 K508 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518
0601090080	MESALAZINA 800 MG	134	06010087	Unidade	R\$ 0,54	150	0	0	130	Sim	Não	K500 K501 K508 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518
0601170059	METADONA 10 MG	135	06022226	Unidade	R\$ 0,44	600	0	0	130	Sim	Não	R521 R522
0604410026	METADONA 10 MG	135	06022226	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	R521 R522
0604410034	METADONA 10 MG /ML	136	06022228	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	R521 R522
0601170067	METADONA 10 MG /ML	136	06022228	Unidade	R\$ 1,56	600	0	0	130	Sim	Não	R521 R522
0601170075	METADONA 5 MG	137	06022227	Unidade	R\$ 0,23	1200	0	0	130	Sim	Não	R521 R522
0604410018	METADONA 5 MG	137	06022227	Unidade	R\$ 0,00	248		0	130	Sim	Sim	R521 R522
0601080033	METILPREDINISOLONA 500 MG	138	138	Unidade	R\$ 15,82	12	0	0	130	Sim	Não	T861 Z940 Z941 Z942 Z943 Z944 Z945 Z946 Z947 Z948
0604280106	METILPREDINISOLONA 500 MG	138	138	Unidade	R\$ 0,00	31	0	0	130	Sim	Sim	H150 H201 H301 H302 H308 K500 K501 K508 T861 T862 T864 Z940 Z941 Z942 Z943 Z944 Z948
0604530021	METOTREXATO 2,5MG	227	06050110	Unidade	R\$ 0,00	60		0	130	Sim	Sim	L400 L401 L404 L408 L930 L931 M050 M051 M052 M053 M058 M060



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
4101200040	METOTREXATO 2,5MG	227	06050110	Tratamento	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Sim	M068 M070 M072 M073 M080 M081 M082 M083 M084 M088 M089 M321 M328 M330 M331 M332 M340 M341 M348 M45 M468
0604530030	METOTREXATO 25 MG/ML	139	06050112	Unidade	R\$ 0,00	5		0	130	Sim	Sim	H301 J991 K500 L100 L102 L103 L108 L109 L932 M061 M062 M063 M064 M320 M460 M461 M468 M469 N085 N164
0601200080	METOTREXATO 25 MG/ML	139	06050112	Unidade	R\$ 7,20	4	0	0	130	Sim	Não	K500 K501 K508 L400 L401 L404 L408 L930 L931 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M070 M072 M073 M080 M081 M082 M083 M084 M088 M089 M321 M328 M330 M331 M332 M340 M341 M348 M45 M468
0601200098	METOTREXATO 25 MG/ML	140	140	Unidade	R\$ 25,20	4	0	0	130	Sim	Não	K500 K501 K508 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M080
0604530048	METOTREXATO 25 MG/ML	140	140	Unidade	R\$ 0,00	5		0	130	Sim	Não	K500 K501 K508
4101200067	MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG	141	06050045	Tratamento	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Sim	J991 L100 L102 L103 L108 L109 L932 M320 M340 M341 M348 N085 N164 Z942 Z945 Z946



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												Z947 Z948
0604320051	MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG	141	06050045	Unidade	R\$ 0,00	186		0	130	Sim	Sim	L930 L931 M321 M328 T861 T862 T864 Z940 Z941 Z944
0601200101	MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG	141	06050045	Unidade	R\$ 4,20	180	0	0	130	Sim	Não	T861 Z940 Z941 Z944
0601200110	MICOFENOLATO DE SODIO 180 MG	142	06050030	Unidade	R\$ 2,98	120	0	0	130	Sim	Não	T861 Z940 Z941 Z944
4101200113	MICOFENOLATO DE SODIO 180 MG	142	06050030	Unidade	R\$ 0,00	310	0	0	130	Não	Sim	Z942 Z945 Z946 Z947 Z948
0604320060	MICOFENOLATO DE SODIO 180 MG	142	06050030	Unidade	R\$ 0,00	310	0	0	130	Sim	Sim	T861 T862 T864 Z940 Z941 Z944
0604320078	MICOFENOLATO DE SODIO 360 MG	143	06050031	Unidade	R\$ 0,00	186	0	0	130	Sim	Sim	T861 T862 T864 Z940 Z941 Z944
0601200128	MICOFENOLATO DE SODIO 360 MG	143	06050031	Unidade	R\$ 5,96	180	0	0	130	Sim	Não	T861 Z940 Z941 Z944
4101200113	MICOFENOLATO DE SODIO 360 MG	143	06050031	Unidade	R\$ 0,00	310	0	0	130	Não	Sim	Z942 Z945 Z946 Z947 Z948
0604630018	MIGLUSTATE 100 MG	449	06050051	Unidade	R\$ 0,00	93	0	18	130	Sim	Sim	E752
4101500079	MODULO DE PROTEINA /GLUTAMINA	410006	02026236	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	E840 E841 E848 E849
0604250029	MOLGRAMOSTIM 300MCG	144	144	Unidade	R\$ 31,00	64		0	130	Sim	Não	B200 B201 B202 B203 B204 B205 B206 B207 B208 B209 B220 B221 B222 B227 B230 B231 B232 B238 B24 D460 D461 D467 D610 D611 D612 D613 D618 D70 Z948
0601160037	MOLGRAMOSTIM 300MCG	144	144	Unidade	R\$ 31,00	60	0	0	130	Sim	Não	B171 B182 B200 B201 B202 B203 B204 B205



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												B206 B207 B208 B209 B220 B221 B222 B227 B230 B231 B232 B238 B24 D610 D611 D612 D613 D618 D70 Z948
0601170105	MORFINA 10 MG	145	06022224	Unidade	R\$ 0,11	1800	0	0	130	Sim	Não	R521 R522
0604050070	MORFINA 10 MG	145	06022224	Unidade	R\$ 0,00	1860		0	130	Sim	Sim	R521 R522
0604050054	MORFINA 10 MG/ML	146	06022223	Unidade	R\$ 0,00	1860		0	130	Sim	Sim	R521 R522
0601170113	MORFINA 10 MG/ML	146	06022223	Unidade	R\$ 0,32	1800	0	0	130	Sim	Não	R521 R522
0601170121	MORFINA 10 MG/ML	148	148	Unidade	R\$ 12,14	60	0	0	130	Sim	Não	R521 R522
0604050062	MORFINA 10 MG/ML	148	148	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	R521 R522
0604050089	MORFINA 30 MG	147	06022225	Unidade	R\$ 0,00	1240		0	130	Sim	Sim	R521 R522
0601170130	MORFINA 30 MG	147	06022225	Unidade	R\$ 0,20	1200	0	0	130	Sim	Não	R521 R522
0601170083	MORFINA LC 100 MG	149	149	Unidade	R\$ 1,63	60	0	0	130	Sim	Não	R521 R522
0604050119	MORFINA LC 100 MG	149	149	Unidade	R\$ 0,00	93		0	130	Sim	Sim	R521 R522
0604050097	MORFINA LC 30 MG	151	151	Unidade	R\$ 0,00	279		0	130	Sim	Sim	R521 R522
0601170148	MORFINA LC 30 MG	151	151	Unidade	R\$ 0,63	210	0	0	130	Sim	Não	R521 R522
0601170091	MORFINA LC 60 MG	150	150	Unidade	R\$ 1,31	120	0	0	130	Sim	Não	R521 R522
0604050100	MORFINA LC 60 MG	150	150	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	R521 R522
0604720017	NAPROXENO 250 MG (POR COMPRIMIDO)	457	457	Unidade	R\$ 0,00	186	0	0	130	Sim	Não	M021 M023 M032 M036 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M070 M072 M073 M080 M081 M082 M083 M084 M088 M089 M45 M468
0604720025	NAPROXENO 500 MG (POR	455	06012246	Unidade	R\$ 0,00	93	0	0	130	Sim	Sim	M021 M023 M032 M036



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
	COMPRIMIDO)											M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M070 M072 M073 M080 M081 M082 M083 M084 M088 M089 M160 M161 M164 M165 M166 M167 M169 M170 M171 M172 M173 M174 M175 M179 M45 M468
0604320116	NATALIZUMABE 300MG	445	06050042	Unidade	R\$ 0,00	2	0	18	130	Sim	Sim	G35
4101000246	NEBULIZADOR PARA ILOPROSTA	413455	06010192	Unidade	R\$ 0,00	1	0	0	130	Não	Sim	I270 I272 I278
0604180039	NITRAZEPAM 5 MG	386	386	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Não	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
0604790015	NUSINERSENA 2,4MG/ML SOL INJETÁVEL	510	06050140	Unidade	R\$ 0,00	3	0	0	130	Sim	Sim	G120 G121
0604290047	OCTREOTIDA 0,1 MG / ML	152	06010179	Unidade	R\$ 28,90	1		0	130	Sim	Sim	E220
0601300033	OCTREOTIDA 0,1 MG / ML	152	06010179	Unidade	R\$ 17,05	450	0	0	130	Sim	Não	E220
0604290055	OCTREOTIDA 0,5 MG/ML	372	372	Unidade	R\$ 134,64	93		0	130	Sim	Não	E220
0604290012	OCTREOTIDA LAR 10 MG	153	06010166	Unidade	R\$ 2.409,26	8		0	130	Sim	Sim	E220
0601300017	OCTREOTIDA LAR 10 MG	153	06010166	Unidade	R\$ 1.447,61	4	0	0	130	Sim	Não	E220
0601300041	OCTREOTIDA LAR 20 MG	154	06050109	Unidade	R\$ 2.226,94	2	0	0	130	Sim	Não	E220
0604290020	OCTREOTIDA LAR 20 MG	154	06050109	Unidade	R\$ 0,00	4		0	130	Sim	Sim	E220
0604290039	OCTREOTIDA LAR 30 MG	155	06050108	Unidade	R\$ 0,00	2		0	130	Sim	Sim	E220
0601300025	OCTREOTIDA LAR 30 MG	155	06050108	Unidade	R\$	1	0	0	130	Sim	Não	E220



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
					3.006,35							
0601110030	OLANZAPINA 10 MG	156	06050052	Unidade	R\$ 9,07	60	0	0	130	Sim	Não	F200 F201 F202 F203 F204 F205 F206 F208
0604230028	OLANZAPINA 10 MG	156	06050052	Unidade	R\$ 0,00	93		0	130	Sim	Sim	F200 F201 F202 F203 F204 F205 F206 F208 F250 F251 F252 F311 F312 F313 F314 F315 F316 F317
0604230010	OLANZAPINA 5 MG	157	06050053	Unidade	R\$ 0,00	186		0	130	Sim	Sim	F200 F201 F202 F203 F204 F205 F206 F208 F250 F251 F252 F311 F312 F313 F314 F315 F316 F317
0601110048	OLANZAPINA 5 MG	157	06050053	Unidade	R\$ 4,54	120	0	0	130	Sim	Não	F200 F201 F202 F203 F204 F205 F206 F208
0604840012	OMALIZUMABE 150 MG	413869	06010170	Unidade	R\$ 1.835,20	12	0	6	130	Sim	Sim	J450 J458
0604840012	OMALIZUMABE 150 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENC)	414316	06010208	Unidade	R\$ 1.835,20	12	0	6	130	Sim	Sim	J450 J458
0604760043	OMBITASVIR 12,5/VERUPR.75/ RITONAV.50+DASABUVIR250	483	06050088	Unidade	R\$ 0,00	31	0	18	130	Sim	Não	B182
4101000017	Oxibutinina 1mg/ml 120ml	411030	02130004	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	N338 N394 R32
4101000017	Oxibutinina 5mg	411029	02130002	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	N338 N394 R32
0601350090	PAMIDRONATO 30MG	158	06010063	Unidade	R\$ 60,50	1	0	0	130	Sim	Não	M800 M801 M802 M803 M804 M805 M808 M810 M811 M812 M813 M814 M815 M816 M818 M820 M821 M828 M880 M888



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604160011	PAMIDRONATO 30MG	158	06010063	Unidade	R\$ 0,00	3		0	130	Sim	Sim	M800 M801 M802 M803 M804 M805 M808 M810 M811 M812 M813 M814 M815 M816 M818 M820 M821 M828
0604160020	PAMIDRONATO 60 MG	159	06010062	Unidade	R\$ 0,00	1		0	130	Sim	Sim	M800 M801 M802 M803 M804 M805 M808 M810 M811 M812 M813 M814 M815 M816 M818 M820 M821 M828 M858
0601350103	PAMIDRONATO 60 MG	159	06010062	Unidade	R\$ 93,60	1	0	0	130	Sim	Não	M800 M801 M802 M803 M804 M805 M808 M810 M811 M812 M813 M814 M815 M816 M818 M820 M821 M828 M880 M888
0601350111	PAMIDRONATO 90 MG	160	06010061	Unidade	R\$ 125,98	1	0	0	130	Sim	Não	M880 M888
0604160038	PAMIDRONATO 90 MG	160	06010061	Unidade	R\$ 0,00	1		0	130	Sim	Não	M880 M888
0601360028	PANCREATINA 10.000 UI	162	06010060	Unidade	R\$ 0,75	3000	0	0	130	Sim	Não	E841 E848 K860 K861 K903
0604580010	PANCREATINA 10.000 UI	162	06010060	Unidade	R\$ 0,98	3100		0	130	Sim	Sim	E841 E848 K860 K861 K903
0604580029	PANCREATINA 25.000 UI	166	06010085	Unidade	R\$ 1,93	1240		0	130	Sim	Sim	E841 E848 K860 K861 K903
0601360060	PANCREATINA 25.000 UI	166	06010085	Unidade	R\$ 1,64	1200	0	0	130	Sim	Não	E841 E848 K860 K861 K903
0601360036	PANCRELIPASE 12.000 UI	163	06012084	Unidade	R\$ 1,23	2500	0	0	130	Sim	Não	E841 E848 K860 K861 K903
0604580045	PANCRELIPASE 12.000 UI	163	06012084	Unidade	R\$ 1,58	2583		0	130	Sim	Não	E841 E848 K860 K861 K903
0604580053	PANCRELIPASE 18.000 UI	164	06012085	Unidade	R\$ 1,96	1722		0	130	Sim	Não	E841 E848 K860 K861 K903



**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0601360044	PANCRELIPASE 18.000 UI	164	06012085	Unidade	R\$ 1,51	1700	0	0	130	Sim	Não	E841 E848 K860 K861 K903
0601360052	PANCRELIPASE 20.000 UI	165	165	Unidade	R\$ 1,75	1500	0	0	130	Sim	Não	E841 E848 K860 K861 K903
0604580061	PANCRELIPASE 20.000 UI	165	165	Unidade	R\$ 2,53	1550		0	130	Sim	Não	E841 E848 K860 K861 K903
0604580037	PANCRELIPASE 4500 UI	161	06012223	Unidade	R\$ 0,68	3100		0	130	Sim	Não	E841 E848 K860 K861 K903
0601360079	PANCRELIPASE 4500 UI	161	06012223	Unidade	R\$ 0,54	3000	0	0	130	Sim	Não	E841 E848 K860 K861 K903
0604770030	PARICALCITOL 5,0 MCG/ML 1ML	486	06050087	Unidade	R\$ 0,00	120	0	18	130	Sim	Sim	E833 N180 N182 N183 N184 N185 N250
0604560010	PENICILAMINA 250 MG	167	06010180	Unidade	R\$ 27,46	186	0	0	130	Sim	Sim	E830
0601250010	PENICILAMINA 250 MG	167	06010180	Unidade	R\$ 0,98	180	0	0	130	Sim	Não	E830 M340 M341 M348
0604730012	PILOCARPINA 20 MG/ML SOL.OFTALM.	472	06010094	Unidade	R\$ 0,00	2	0	0	130	Sim	Sim	H401 H402 H403 H404 H405 H406 H408 Q150
0604130112	PIRIDOSTIGMINA 60MG	446	06010079	Unidade	R\$ 0,00	372	0	0	130	Sim	Sim	G700 G702
0604030045	PRAMIPEXOL 0,125 MG	170	06050096	Unidade	R\$ 0,00	1116		0	130	Sim	Sim	G20
0601100093	PRAMIPEXOL 0,125 MG	170	06050096	Unidade	R\$ 0,44	540	0	0	130	Sim	Não	G20
0601100107	PRAMIPEXOL 0,25 MG	171	06050070	Unidade	R\$ 0,96	540	0	0	130	Sim	Não	G20
0604030053	PRAMIPEXOL 0,25 MG	171	06050070	Unidade	R\$ 0,00	558		0	130	Sim	Sim	G20
0604030061	PRAMIPEXOL 1 MG	172	06050071	Unidade	R\$ 0,00	140	0	0	130	Sim	Sim	G20
0601100115	PRAMIPEXOL 1 MG	172	06050071	Unidade	R\$ 2,85	150	0	0	130	Sim	Não	G20
0601180160	PRAVASTATINA 10 MG	173	173	Unidade	R\$ 0,24	120	0	0	130	Sim	Não	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0604360100	PRAVASTATINA 10 MG	173	173	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0604360118	PRAVASTATINA 20 MG	174	174	Unidade	R\$ 0,00	62		0	130	Sim	Sim	E780 E781 E782 E783



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												E784 E785 E786 E788
0601180178	PRAVASTATINA 20 MG	174	174	Unidade	R\$ 0,37	60	0	0	130	Sim	Não	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0601180186	PRAVASTATINA 40 MG	175	175	Unidade	R\$ 0,69	30	0	0	130	Sim	Não	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0604360126	PRAVASTATINA 40 MG	175	175	Unidade	R\$ 0,00	31		0	130	Sim	Sim	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
4101200024	PREDNISONA 20MG	224	02130005	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	D600 D613 D693 E220 E221 E232 E271 E274 E550 G35 G700 G710 H150 H201 H301 H302 H308 J449 J849 J991 K500 K501 K508 K509 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518 K519 K730 K754 K759 K830 L100 L102 L103 L108 L109 L930 L932 L959 M023 M050 M051 M052 M053 M058 M059 M060 M061 M062 M063 M064 M068 M069 M070 M080 M150 M301 M313 M314 M320 M321 M328 M329 M330 M331 M332 M340 M348 M350 M351 M352 M358 M368 M460 M461 M468 M469 M800 M801 M802 M803 M804 M805 M808 M809 M941 N040 N041 N042 N043 N044



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												N045 N046 N047 N048 N085 N164 N178 N180 Z940 Z941 Z942 Z944 Z945 Z946 Z947 Z948
4101050030	PREDNISONA 20MG	224	02130005	Unidade	R\$ 0,00	100	0	0	130	Não	Não	J440 J441 J448 J449
4101200105	PREDNISONA 20MG	224	02130005	Unidade	R\$ 0,00	3	0	0	130	Não	Sim	J440 J441 J448 J449
4101200024	PREDNISONA 5mg	223	02130007	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	D600 D613 D693 E220 E221 E232 E271 E274 E550 G35 G700 G710 H150 H201 H301 H302 H308 J449 J849 J991 K500 K501 K508 K509 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518 K519 K730 K754 K759 K830 L100 L102 L103 L108 L109 L930 L932 L959 M023 M050 M051 M052 M053 M058 M059 M060 M061 M062 M063 M064 M068 M069 M070 M080 M150 M301 M313 M314 M320 M321 M328 M329 M330 M331 M332 M340 M348 M350 M351 M352 M358 M368 M460 M461 M468 M469 M800 M801 M802 M803 M804 M805 M808 M809 M941 N040 N041 N042 N043 N044



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												N045 N046 N047 N048 N085 N164 N178 N180 Z940 Z941 Z942 Z944 Z945 Z946 Z947 Z948
4101050030	PREDNISONA 5mg	223	02130007	Unidade	R\$ 0,00	100	0	0	130	Não	Não	J440 J441 J448 J449
4101200016	PREDNISONA 5mg	223	02130007	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	D600 D613 D693 E220 E221 E232 E271 E274 E550 G35 G700 G710 H150 H301 J449 J849 J991 K500 K501 K508 K509 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518 K519 K730 K754 K759 K830 L100 L102 L103 L108 L109 L930 L932 L959 M023 M050 M051 M052 M053 M058 M059 M060 M061 M062 M063 M064 M068 M069 M070 M073 M080 M150 M301 M313 M314 M320 M321 M328 M329 M330 M331 M332 M340 M348 M350 M351 M352 M358 M368 M45 M460 M461 M468 M469 M800 M801 M802 M803 M804 M805 M808 M809 M941 N040 N041 N042 N043 N044 N045 N046 N047 N048 N085 N164 N178 N180 Z940



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												Z941 Z942 Z944
4101200091	PREDNISONA 5mg	223	02130007	Unidade	R\$ 0,00	12	0	0	130	Não	Sim	J440 J441 J448 J449
0604150016	PRIMIDONA 100 MG	387	387	Unidade	R\$ 0,00	233		0	130	Sim	Sim	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
0604150024	PRIMIDONA 250 MG	388	06020026	Unidade	R\$ 0,00	93		0	130	Sim	Sim	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
4101000033	PRSDOR Codeína 30mg	411359	10020015	Unidade	R\$ 0,00	372	0	0	130	Não	Sim	R521 R522
4101000238	PRSDOR CODEINA 3 MG/ML FRCO 120 ML	413347	10020022	Unidade	R\$ 0,00	31	0	0	130	Não	Sim	R521 R522
4101000025	PRSDOR Gabapentina 300mg	411358	10020002	Unidade	R\$ 0,00	372	0	0	130	Não	Sim	R521 R522
4101000076	PRSDOR Metadona 10mg	411361	10020013	Unidade	R\$ 0,00	620	0	0	130	Não	Sim	R521 R522
4101000050	PRSDOR Metadona 10mg/ml	411360	10020012	Unidade	R\$ 0,00	620	0	0	130	Não	Sim	R521 R522
4101000041	PRSDOR Morfina 10mg	411362	10020014	Unidade	R\$ 0,00	1860	0	0	130	Não	Sim	R521 R522
4101000068	PRSDOR Morfina 10mg sol. inj	411364	10020020	Unidade	R\$ 0,00	1860	0	0	130	Não	Sim	R521 R522
4101000084	PRSDOR Morfina 30mg	411363	10020018	Unidade	R\$ 0,00	1240	0	0	130	Não	Sim	R521 R522
0604230044	QUETIAPINA 100MG	176	06050048	Unidade	R\$ 0,00	248		0	130	Sim	Sim	F200 F201 F202 F203 F204 F205 F206 F208 F250 F251 F252 F311 F312 F313 F314 F315 F316 F317
0601110056	QUETIAPINA 100MG	176	06050048	Unidade	R\$ 3,50	240	0	0	130	Sim	Não	F200 F201 F202 F203 F204 F205 F206 F208
0601110072	QUETIAPINA 200MG	177	06050046	Unidade	R\$ 6,30	120	0	0	130	Sim	Não	F200 F201 F202 F203 F204 F205 F206 F208
0604230052	QUETIAPINA 200MG	177	06050046	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	F200 F201 F202 F203



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												F204 F205 F206 F208 F250 F251 F252 F311 F312 F313 F314 F315 F316 F317
0604230036	QUETIAPINA 25 MG	178	06050047	Unidade	R\$ 0,00	992		0	130	Sim	Sim	F200 F201 F202 F203 F204 F205 F206 F208 F250 F251 F252 F311 F312 F313 F314 F315 F316 F317
0601110064	QUETIAPINA 25 MG	178	06050047	Unidade	R\$ 1,05	960	0	0	130	Sim	Não	F200 F201 F202 F203 F204 F205 F206 F208
0604230060	QUETIAPINA 300MG	373	06050139	Unidade	R\$ 0,00	62	0	0	130	Sim	Sim	F200 F201 F202 F203 F204 F205 F206 F208 F250 F251 F252 F311 F312 F313 F314 F315 F316 F317
0601350120	RALOXIFENO 60 MG	179	06010036	Unidade	R\$ 2,50	30	0	0	130	Sim	Não	M800 M801 M802 M803 M804 M805 M808 M810 M811 M812 M813 M814 M815 M816 M818 M820 M821 M828
0604430019	RALOXIFENO 60 MG	179	06010036	Unidade	R\$ 0,00	31		0	130	Sim	Sim	M800 M801 M802 M803 M804 M805 M808 M810 M811 M812 M813 M814 M815 M816 M818 M820 M821 M828 M858
4101000220	Rasagilina 1mg	413426	413426	Unidade	R\$ 0,00	30	0	0	130	Não	Não	G20
0604370032	RASAGILINA 1 MG (POR COMPRIMIDO)	511	06050135	Unidade	R\$ 0,00	31	0	0	130	Sim	Sim	G20
0604450010	RIBAVIRINA 250 MG	180	06050011	Unidade	R\$ 0,00	155	0	0	130	Sim	Sim	B171 B182



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0601120035	RIBAVIRINA 250 MG	180	06050011	Unidade	R\$ 0,15	180	0	0	130	Sim	Não	B182
0601020014	RILUZOL 50 MG	181	06050082	Unidade	R\$ 11,89	60	0	0	130	Sim	Não	G122
0604540019	RILUZOL 50 MG	181	06050082	Unidade	R\$ 0,00	62	0	0	130	Sim	Sim	G122
0604690053	RISANQUIZUMABE 150 MG CANETA	414687	06050201	Unidade	R\$ 0,00	2	0	18	130	Sim	Sim	L400 L401 L404 L408
0604690045	RISANQUIZUMABE 75 MG	413947	06050164	Unidade	R\$ 0,00	4	0	18	130	Sim	Sim	L400 L401 L404 L408
0604790023	RISDIPLAM 0,75 MG/ML SOL. ORAL	414132	06050175	Unidade	R\$ 0,00	3	0	0	130	Sim	Sim	G120 G121
0601350138	RISEDRONATO 35MG COMP REV	182	06010068	Unidade	R\$ 0,42	4	0	0	130	Sim	Não	M800 M801 M802 M803 M804 M805 M808 M810 M811 M812 M813 M814 M815 M816 M818 M820 M821 M828 M880 M888
0604160054	RISEDRONATO 35MG COMP REV	182	06010068	Unidade	R\$ 0,00	31		0	130	Sim	Sim	M800 M801 M802 M803 M804 M805 M808 M810 M811 M812 M813 M814 M815 M816 M818 M820 M821 M828 M858 M880 M888
0601350146	RISEDRONATO 5 MG	183	183	Unidade	R\$ 0,06	30	0	0	130	Sim	Não	M800 M801 M802 M803 M804 M805 M808 M810 M811 M812 M813 M814 M815 M816 M818 M820 M821 M828 M880 M888
0604160046	RISEDRONATO 5 MG	183	183	Unidade	R\$ 0,00	186		0	130	Sim	Sim	M800 M801 M802 M803 M804 M805 M808 M810 M811 M812 M813 M814 M815 M816 M818 M820 M821 M828 M880 M888
0604510012	RISPERIDONA 1 MG	184	06022197	Unidade	R\$ 0,10	310		0	130	Sim	Sim	F200 F201 F202 F203



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												F204 F205 F206 F208 F250 F251 F252 F311 F312 F313 F314 F315 F316 F317 F840 F841 F843 F845 F848
0601110080	RISPERIDONA 1 MG	184	06022197	Unidade	R\$ 0,08	300	0	0	130	Sim	Não	F200 F201 F202 F203 F204 F205 F206 F208
0604510047	RISPERIDONA 1 MG/ML	438	06020051	Unidade	R\$ 21,41	11	0	5	130	Sim	Sim	F840 F841 F843 F845 F848
0604510020	RISPERIDONA 2 MG	185	06021204	Unidade	R\$ 0,11	155		0	130	Sim	Sim	F200 F201 F202 F203 F204 F205 F206 F208 F250 F251 F252 F311 F312 F313 F314 F315 F316 F317 F840 F841 F843 F845 F848
0601110099	RISPERIDONA 2 MG	185	06021204	Unidade	R\$ 0,09	150	0	0	130	Sim	Não	F200 F201 F202 F203 F204 F205 F206 F208
0604510039	RISPERIDONA 3 MG	390	06020050	Unidade	R\$ 0,17	93		0	130	Sim	Sim	F200 F201 F202 F203 F204 F205 F206 F208 F250 F251 F252 F311 F312 F313 F314 F315 F316 F317 F840 F841 F843 F845 F848
0604680074	RITUXIMABE 100MG - RUXIENCE (PFIZER)	414727	06050194	Unidade	R\$ 0,00	28	0	18	130	Sim	Sim	M313 M317
0604680031	RITUXIMABE 500 MG (BIO-MANGUINHOS)	520	06050151	Unidade	R\$ 0,00	4	0	18	130	Sim	Sim	M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068
0604680023	RITUXIMABE 500 MG- Mabthera (Roche)	417	06050062	Unidade	R\$ 0,00	4	0	18	130	Sim	Sim	M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068
0604680040	RITUXIMABE 500MG - RUXIENCE (PFIZER)	414726	06050195	Unidade	R\$ 0,00	8	0	18	130	Sim	Sim	M313 M317



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604130066	RIVASTIGMINA 1,5 MG	186	06050054	Unidade	R\$ 0,00	248		40	130	Sim	Sim	F000 F001 F002 G300 G301 G308
0601220030	RIVASTIGMINA 1,5 MG	186	06050054	Unidade	R\$ 2,24	240	0	0	130	Sim	Não	F000 F001 F002 G300 G301 G308
0604130139	RIVASTIGMINA 18 MG(9,5mg/24h) ADESIVO TRANSDÉRMICO	347	06050090	Unidade	R\$ 0,00	31	0	40	130	Sim	Sim	F000 F001 F002 G300 G301 G308
0604130074	RIVASTIGMINA 2,0 MG/ML	187	06020015	Unidade	R\$ 73,48	2		40	130	Sim	Sim	F000 F001 F002 G300 G301 G308
0601220048	RIVASTIGMINA 2,0 MG/ML	187	06020015	Unidade	R\$ 181,40	2	0	0	130	Sim	Não	F000 F001 F002 G300 G301 G308
0601220056	RIVASTIGMINA 3 MG	188	06050055	Unidade	R\$ 2,56	120	0	0	130	Sim	Não	F000 F001 F002 G300 G301 G308
0604130082	RIVASTIGMINA 3 MG	188	06050055	Unidade	R\$ 0,00	124		40	130	Sim	Sim	F000 F001 F002 G300 G301 G308
0604130090	RIVASTIGMINA 4,5 MG	189	06050056	Unidade	R\$ 0,00	62		40	130	Sim	Sim	F000 F001 F002 G300 G301 G308
0601220064	RIVASTIGMINA 4,5 MG	189	06050056	Unidade	R\$ 2,92	90	0	0	130	Sim	Não	F000 F001 F002 G300 G301 G308
0601220072	RIVASTIGMINA 6 MG	190	06050057	Unidade	R\$ 2,98	60	0	0	130	Sim	Não	F000 F001 F002 G300 G301 G308
0604130104	RIVASTIGMINA 6 MG	190	06050057	Unidade	R\$ 0,00	62		40	130	Sim	Sim	F000 F001 F002 G300 G301 G308
0604130120	RIVASTIGMINA 9 MG(4,6mg/24h) ADESIVO TRANSDÉRMICO	487	06050089	Unidade	R\$ 0,00	31	0	40	130	Sim	Sim	F000 F001 F002 G300 G301 G308
0604870043	ROMOSUZUMABE 90 MG/ML SOL. INJ 1,17 ML (105 MG)	414292	06050184	Unidade	R\$ 0,00	2	0	18	130	Sim	Sim	M800 M801 M802 M803 M804 M805 M808 M810 M811 M812 M813 M814 M815 M816 M818 M820 M821 M828 M858



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604260016	SACARATO DE OXIDO FERRICO 100 MG	191	06012188	Unidade	R\$ 5,04	13		0	130	Sim	Sim	N180 N188
0601030028	SACARATO DE OXIDO FERRICO 100 MG	191	06012188	Unidade	R\$ 3,72	10	0	0	130	Sim	Não	D500 D508 D638 N180 N188
0604830025	SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA 100MG (49MG, 51MG)	413788	06010203	Unidade	R\$ 3,46	62	0	18	130	Sim	Sim	I500 I501 I509
0604830033	SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA 200MG (97MG, 103MG)	413789	06010204	Unidade	R\$ 3,46	62	0	18	130	Sim	Sim	I500 I501 I509
0604830017	SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA 50MG (24MG, 26MG)	413787	06010202	Unidade	R\$ 3,46	62	0	18	130	Sim	Sim	I500 I501 I509
4101050030	SALBUTAMOL 100 MCG	192	06010037	Unidade	R\$ 0,00	100	0	0	130	Não	Não	J440 J441 J448 J449
4101050103	SALBUTAMOL 100 MCG	192	06010037	Unidade	R\$ 0,00	2	0	0	130	Não	Sim	J440 J441 J448 J449
0601050150	SALBUTAMOL 100 MCG	192	06010037	Unidade	R\$ 9,20	2	0	0	130	Sim	Não	J450 J451 J458
0604040083	SALBUTAMOL 100 MCG	192	06010037	Unidade	R\$ 0,00	2		0	130	Sim	Não	J450 J451 J458
0604040091	SALMETEROL 50 MCG PÓ INALANTE	193	06012247	Unidade	R\$ 0,00	2		0	130	Sim	Sim	J440 J441 J448 J450 J451 J458
0601050169	SALMETEROL 50 MCG PÓ INALANTE	193	06012247	Unidade	R\$ 30,57	1	0	0	130	Sim	Não	J450 J451 J458
0604630069	SAPROPTERINA 100 MG	509	06010199	Unidade	R\$ 108,62	330	0	10	70	Sim	Sim	E700 E701
0604690029	SECUQUINUMABE 150MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	495	06050106	Unidade	R\$ 0,00	10	0	18	130	Sim	Sim	L400 L401 L404 L408 M070 M072 M073 M45 M468
0601100123	SELEGILINA 10 MG	195	06020037	Unidade	R\$ 0,84	30	0	0	130	Sim	Não	G20
0604370024	SELEGILINA 10 MG	195	06020037	Unidade	R\$ 1,21	31		0	130	Sim	Sim	G20
0604370016	SELEGILINA 5 MG	194	06020030	Unidade	R\$ 0,57	62		0	130	Sim	Sim	G20



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0601100131	SELEGILINA 5 MG	194	06020030	Unidade	R\$ 0,28	60	0	0	130	Sim	Não	G20
0604330073	SELEXIPAGUE 1000 MCG	414224	06010213	Unidade	R\$ 133,20	62	0	18	130	Sim	Sim	I270 I272 I278
0604330081	SELEXIPAGUE 1200 MCG	414225	06010214	Unidade	R\$ 133,20	62	0	18	130	Sim	Sim	I270 I272 I278
0604330090	SELEXIPAGUE 1400 MCG	414226	06010215	Unidade	R\$ 133,20	62	0	18	130	Sim	Sim	I270 I272 I278
0604330103	SELEXIPAGUE 1600 MCG	414227	06010216	Unidade	R\$ 133,20	62	0	18	130	Sim	Sim	I270 I272 I278
0604330030	SELEXIPAGUE 200 MCG	414220	06010209	Unidade	R\$ 133,20	62	0	18	130	Sim	Sim	I270 I272 I278
0604330020	SELEXIPAGUE 200 MCG	414220	06010209	Unidade	R\$ 133,20	62	0	18	130	Sim	Não	I270 I272 I278
0604330111	SELEXIPAGUE 200 MCG (TITULAÇÃO DE DOSE)	414278	06050182	Unidade	R\$ 0,00	280	0	18	130	Sim	Sim	I270 I272 I278
0604330049	SELEXIPAGUE 400 MCG	414221	06010210	Unidade	R\$ 133,20	62	0	18	130	Sim	Sim	I270 I272 I278
0604330057	SELEXIPAGUE 600 MCG	414222	06010211	Unidade	R\$ 133,20	62	0	18	130	Sim	Sim	I270 I272 I278
0604330065	SELEXIPAGUE 800 MCG	414223	06010212	Unidade	R\$ 133,20	62	0	18	130	Sim	Sim	I270 I272 I278
0604330120	SELEXIPAGUE 800 MCG (TITULAÇÃO DE DOSE)	414279	06050183	Unidade	R\$ 0,00	60	0	18	130	Sim	Sim	I270 I272 I278
4101470153	SERINGA C/ AGULHA 6 mm	412739	02070031	Unidade	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Sim	E10 E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
4101470099	SERINGA C/ AGULHA 8mm	307	02070023	Tratamento	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Sim	E10 E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
0601250028	SEVELAMER 400 MG	196	196	Unidade	R\$ 0,94	360	0	0	130	Não	Não	E833 N180
0601250036	SEVELAMER 800 MG	197	06050012	Unidade	R\$ 0,00	180	0	0	130	Sim	Não	E833 N180
0604400012	SEVELAMER 800 MG	197	06050012	Unidade	R\$ 0,00	279		1	130	Sim	Sim	E833 N180 N182 N183 N184 N185 N250
0604350015	SILDENAFILA 20 MG	257	06050117	Unidade	R\$ 0,00	372	0	0	130	Sim	Sim	I270 I272 I278
0604350023	SILDENAFILA 25 MG	473	06050118	Unidade	R\$ 0,00	186	0	0	130	Sim	Sim	M340 M341 M348



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604350031	SILDENAFILA 50 MG	258	06050123	Unidade	R\$ 0,00	93	0	0	130	Sim	Sim	M340 M341 M348
0604640030	SIMEPREVIR 150 MG	478	06050078	Unidade	R\$ 0,00	31	0	18	130	Sim	Não	B182
0601180194	SINVASTATINA 10 MG	198	06010039	Unidade	R\$ 0,07	240	0	0	130	Não	Não	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0601180208	SINVASTATINA 20 MG	199	06010047	Unidade	R\$ 0,07	120	0	0	130	Não	Não	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0601180216	SINVASTATINA 40 MG	200	06010046	Unidade	R\$ 0,16	60	0	0	130	Não	Não	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0601180224	SINVASTATINA 5 MG	201	201	Unidade	R\$ 0,14	480	0	0	130	Não	Não	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0601180232	SINVASTATINA 80 MG	202	202	Unidade	R\$ 0,51	30	0	0	130	Não	Não	E780 E781 E782 E783 E784 E785 E786 E788
0601200136	SIROLIMO 1 MG	204	06050022	Unidade	R\$ 13,49	420	0	0	130	Sim	Não	T861 Z940
0604320086	SIROLIMO 1 MG	204	06050022	Unidade	R\$ 0,00	156		0	130	Sim	Sim	J848 T861 T864 Z940 Z944
4101200121	SIROLIMO 1 MG	204	06050022	Unidade	R\$ 0,00	156	0	0	130	Não	Sim	Z941 Z942 Z945 Z946 Z947 Z948
0601200144	SIROLIMO 1MG/ML	205	06010001	Unidade	R\$ 867,60	7	0	0	130	Sim	Não	T861 Z940
0604320108	SIROLIMO 1MG/ML	205	06010001	Unidade	R\$ 0,00	2		0	130	Sim	Não	T861 Z940
0604320094	SIROLIMO 2 MG	203	06050023	Unidade	R\$ 0,00	63		0	130	Sim	Sim	J848 T861 T864 Z940 Z944
4101200121	SIROLIMO 2 MG	203	06050023	Unidade	R\$ 0,00	156	0	0	130	Não	Sim	Z941 Z942 Z945 Z946 Z947 Z948
0601200152	SIROLIMO 2 MG	203	06050023	Unidade	R\$ 24,00	210	0	0	130	Sim	Não	T861 Z940
0604760019	SOFOSBUVIR 400 MG	479	06050077	Unidade	R\$ 0,00	31	0	12	130	Sim	Não	B171 B182
0604760086	SOFOSBUVIR 400MG /VELPATASVIR 100MG	499	06050120	Unidade	R\$ 0,00	31	0	18	130	Sim	Sim	B171 B182
0604610025	SOMATROPINA 12 UI (CEAF)	207	06050153	Unidade	R\$ 0,00	31	0	0	130	Sim	Sim	E230 Q960 Q961 Q962 Q963 Q964 Q968



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
4101320020	SOMATROPINA 12 UI (CEAF)	207	06050153	Unidade	R\$ 98,74	31	0	0	130	Não	Não	P051
0601320018	SOMATROPINA 12 UI (CEAF)	207	06050153	Unidade	R\$ 54,80	30	0	0	130	Sim	Não	E230 Q960 Q961 Q962 Q963 Q964 Q968
4101320038	SOMATROPINA 12 UI (Elenco Complementar)	413791	02130001	Unidade	R\$ 0,00	31	0	0	130	Não	Sim	E228 E343 P051
0604610033	SOMATROPINA 16UI INJETAVEL (POR FRASCO AMPOLA)	515	06050147	Unidade	R\$ 0,00	93	0	0	130	Sim	Sim	E230 Q960 Q961 Q962 Q963 Q964 Q968
4101000149	SOMATROPINA 20mg (60 UI)	412941	02130011	Unidade	R\$ 0,00	6	0	0	130	Não	Sim	D610 E122 E161 E162 E228 E242 E250 E301 E343 E550 M850 N180 P051 Q770 Q780 Q871
0604610017	SOMATROPINA 4 U.I	206	06050143	Unidade	R\$ 0,00	93		0	130	Sim	Sim	E230 Q960 Q961 Q962 Q963 Q964 Q968
4101320011	SOMATROPINA 4 U.I	206	06050143	Unidade	R\$ 20,39	93	0	0	130	Não	Não	P051
0601320026	SOMATROPINA 4 U.I	206	06050143	Unidade	R\$ 14,20	90	0	0	130	Sim	Não	E230 Q960 Q961 Q962 Q963 Q964 Q968
0601090098	SULFASSALAZINA 500 MG	208	06010186	Unidade	R\$ 0,37	360	0	0	130	Sim	Não	K500 K501 K508 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518 K522 M023 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M074 M075 M076 M080 M45 M460 M461 M468 M471 M472 M478 M488
0604010095	SULFASSALAZINA 500 MG	208	06010186	Unidade	R\$ 0,00	372		0	130	Sim	Sim	K500 K501 K508 K510 K511 K512 K513 K514 K515 K518 K522 M023 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M070 M072 M073 M074 M075



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604340060	TACROLIMO 1 MG	209	06050026	Unidade	R\$ 0,00	930		0	130	Sim	Sim	M076 M080 M081 M082 M083 M084 M088 M089 M45 M468
0601200160	TACROLIMO 1 MG	209	06050026	Unidade	R\$ 3,62	1080	0	0	130	Sim	Não	N040 N041 N042 N043 N044 N045 N046 N047 N048 T861 T862 T864 Z940 Z941 Z944
4101200130	TACROLIMO 1 MG	209	06050026	Unidade	R\$ 0,00	930	0	0	130	Não	Sim	T861 Z940 Z944
4101200130	TACROLIMO 5 MG	210	06050033	Unidade	R\$ 0,00	930	0	0	130	Não	Sim	Z942 Z945 Z946 Z947 Z948
0604340079	TACROLIMO 5 MG	210	06050033	Unidade	R\$ 0,00	248		0	130	Sim	Sim	Z942 Z945 Z946 Z947 Z948
0601200179	TACROLIMO 5 MG	210	06050033	Unidade	R\$ 18,09	210	0	0	130	Sim	Não	N040 N041 N042 N043 N044 N045 N046 N047 N048 T861 T862 T864 Z940 Z941 Z944
0604540086	TAFAMIDIS 61 MG	414823	06050197	Unidade	R\$ 0,00	31	0	60	130	Sim	Sim	E850 E858
4101000190	Tafamidis meglumina 20 mg	413436	413436	Unidade	R\$ 0,00	30	0	18	130	Não	Não	E851
0604540060	TAFAMIDIS MEGLUMINA 20MG	502	06050132	Unidade	R\$ 0,00	31	0	18	130	Sim	Sim	E851
0604640021	TELAPREVIR 375 MG	451	06050061	Unidade	R\$ 0,00	186	0	18	130	Sim	Não	B182
0604460058	TENOFOVIR 300MG	328	06050013	Unidade	R\$ 0,00	31		13	130	Sim	Não	B180 B181
0601120078	TENOFOVIR 300MG	328	06050013	Unidade	R\$ 0,00	31	0	0	130	Sim	Não	B181
0604540043	TERIFLUNOMIDA 14 MG (POR COMP)	494	06050101	Unidade	R\$ 0,00	31	0	18	130	Sim	Sim	G35
4101130018	TETRAIDROCANABINOL 27MG/ML+CANABIDIOL 25MG/ML 10ML	414395	02130013	Unidade	R\$ 0,00	4	0	18	130	Não	Sim	G35



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604740018	TIMOLOL 5,0 MG/ML SOL. OFTALM.	474	06010095	Unidade	R\$ 0,00	1	0	0	130	Sim	Sim	H401 H402 H403 H404 H405 H406 H408 Q150
0604850026	TIOTRÓPIO 2,5MCG + OLODATEROL 2,5MCG	413910	06010111	Unidade	R\$ 242,10	1	0	18	130	Sim	Sim	J440 J441 J448
4101470072	TIRA PARA TESTE GLICEMIA	308	02070020	Unidade	R\$ 0,25	200	0	0	130	Não	Sim	E10 E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
4101470056	TIRA P/ TESTE GLICEMIA (Abbott)	278	02070008	Tratamento	R\$ 0,01	500	0	0	130	Não	Não	E100 E101 E102 E103 E104 E105 E106 E107 E108 E109
4101060036	TOBRAMICINA 28MG PÓ	413298	02010018	Unidade	R\$ 0,00	448	0	7	130	Não	Sim	E840 E848
4101060028	TOBRAMICINA INALATÓRIA 300 MG	410001	02016218	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Não	E841
4101060028	TOBRAMICINA INALATÓRIA 300 MG	295	06050149	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Não	E841
0604810016	TOBRAMICINA INALATÓRIA 300 MG	295	06050149	Unidade	R\$ 0,00	56	0	0	130	Sim	Sim	E840 E848
0604690010	TOCILIZUMABE 20 MG/ML INJETAVEL (FRASCO AMPOLA)	456	06050063	Unidade	R\$ 0,00	30		0	130	Sim	Sim	M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M080 M081 M082 M083 M084 M088 M089
0604320159	TOFACITINIBE 5MG	489	06050094	Unidade	R\$ 0,00	124	0	18	130	Sim	Sim	K510 K512 K513 K515 K518 M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068 M070 M072 M073
0601100140	TOLCAPONA 100 MG	211	06020031	Unidade	R\$ 2,04	180	0	0	130	Sim	Não	G20
0604490020	TOLCAPONA 100 MG	211	06020031	Unidade	R\$ 3,15	186		0	130	Sim	Sim	G20
0601100158	TOLCAPONA 200 MG	212	06020032	Unidade	R\$ 3,36	90	0	0	130	Não	Não	G20
0601070054	TOPIRAMATO 100MG	215	06020006	Unidade	R\$ 2,67	300	0	0	130	Sim	Não	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
												G408
0604500084	TOPIRAMATO 100MG	215	06020006	Unidade	R\$ 0,00	124		0	130	Sim	Sim	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
0604500068	TOPIRAMATO 25 MG	213	06020004	Unidade	R\$ 0,00	496		0	130	Sim	Sim	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
0601070062	TOPIRAMATO 25 MG	213	06020004	Unidade	R\$ 0,70	600	0	0	130	Sim	Não	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
0601070070	TOPIRAMATO 50 MG	214	06020005	Unidade	R\$ 1,47	600	0	0	130	Sim	Não	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
0604500076	TOPIRAMATO 50 MG	214	06020005	Unidade	R\$ 0,00	248		0	130	Sim	Sim	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
0604550014	TOXINA BOTULINICA TIPO A(H) 100 U	216	06050072	Unidade	R\$ 0,00	8		0	130	Sim	Sim	G041 G243 G244 G245 G248 G513 G518 G800 G801 G802 G811 G821 G824 I690 I691 I692 I693 I694 I698 T905 T908
0601130014	TOXINA BOTULINICA TIPO A(H) 100 U	216	06050072	Unidade	R\$ 421,00	8	0	0	130	Sim	Não	G240 G241 G242 G243 G244 G245 G248 G800 G801 G811 G821 G824 I690 I691 I692 I693 I694 I698 T900 T901 T902 T903 T904 T905 T908
0601130022	TOXINA BOTULINICA TIPO A(H) 500 U	217	06050091	Unidade	R\$ 705,50	5	0	0	130	Sim	Não	G240 G241 G242 G243 G244 G245 G248 G800 G801 G811 G821 G824 I690 I691 I692 I693 I694



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
0604550022	TOXINA BOTULINICA TIPO A(H) 500 U	217	06050091	Unidade	R\$ 0,00	5		0	130	Sim	Sim	I698 T900 T901 T902 T903 T904 T905 T908
0604650035	Travoprostá 0,04mg/ml solução oftálmica 2,5ml	353	06050104	Unidade	R\$ 0,00	1		0	130	Sim	Sim	G041 G243 G244 G245 G248 G513 G518 G800 G801 G802 G811 G821 G824 I690 I691 I692 I693 I694 I698 T905 T908
0604630077	TRIENTINA 250 MG	512	06050141	Unidade	R\$ 0,00	248	0	0	130	Sim	Sim	H401 H402 H403 H404 H405 H406 H408 Q150
0604070012	TRIEXIFENIDILA 5 MG	218	06020033	Unidade	R\$ 0,20	93		0	130	Sim	Sim	E830
0601100166	TRIEXIFENIDILA 5 MG	218	06020033	Unidade	R\$ 0,10	90	0	0	130	Sim	Não	G20
4101500087	TRIGLICERÍDEOS DA CADEIA MÉDIA- módulo TCM 250mL	300	02026237	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	E840 E841 E848 E849
4101500087	TRIGLICERÍDEOS DA CADEIA MÉDIA- módulo TCM 500mL	413694	02020059	Unidade	R\$ 0,00	500	0	0	130	Não	Sim	E840 E841 E848 E849
4101270014	TRIPTORRELINA 11,25MG	374	06010075	Unidade	R\$ 0,00	2	0	0	130	Não	Sim	E230 E343 P051 Q960 Q961 Q962 Q963 Q964 Q968
0604110065	TRIPTORRELINA 11,25MG	374	06010075	Unidade	R\$ 1.103,92	1		0	130	Sim	Sim	D250 D251 D252 E228 N800 N801 N802 N803 N804 N805 N808
0604110073	TRIPTORRELINA 22,5 MG	414034	06010206	Unidade	R\$ 3.073,36	1	0	2	130	Sim	Sim	E228
0604110057	TRIPTORRELINA 3,75MG	219	06010076	Unidade	R\$ 350,74	2		0	130	Sim	Sim	D250 D251 D252 E228 N800 N801 N802 N803 N804 N805 N808
0601270053	TRIPTORRELINA 3,75MG	219	06010076	Unidade	R\$ 167,20	2	0	0	130	Sim	Não	D250 D251 D252 E228 N800 N801 N802 N803 N804 N805 N808



FE 16 PM Cambira

**Relação de Procedimentos**  
**Unidade de Assistência FE 16 PM Cambira**

Código de Procedimentos	Nome Medicamento	Código Medicamento	Código Ses	Tipo Faturamento	Valor Proced.	Qtd Max Uni	Qtd Max Trat	Idade Mín	Idade Máx	Padrão	Vigente	Cid
4101270014	TRIPTORRELINA 3,75MG	219	06010076	Unidade	R\$ 0,00	2	0	0	130	Não	Sim	E230 E343 P051 Q960 Q961 Q962 Q963 Q964 Q968
0604850018	UMECLIDÍNIO 62,5MCG + VILANTEROL 25MCG	413909	06010110	Unidade	R\$ 210,60	1	0	18	130	Sim	Sim	J440 J441 J448
0604320191	UPADACITINIBE 15 MG	413945	06050163	Unidade	R\$ 0,00	31	0	18	130	Sim	Sim	M050 M051 M052 M053 M058 M060 M068
0604690037	USTEQUINUMABE 45 MG/0,5ML SOL INJ (P/SER	516	06050148	Unidade	R\$ 0,00	4	0	18	130	Sim	Sim	L400 L401 L404 L408
0604320167	VEDOLIZUMABE 300MG	413817	06050156	Unidade	R\$ 0,00	2	0	18	130	Sim	Sim	K510 K512 K513 K515 K518
4101000165	Velpatasvir/ Sofosbuvir 100/400	413409	413409	Unidade	R\$ 0,00	28	0	18	130	Não	Não	B182
0601070089	VIGABATRINA 500 MG	220	06022192	Unidade	R\$ 1,18	240	0	0	130	Sim	Não	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
0604190018	VIGABATRINA 500 MG	220	06022192	Unidade	R\$ 0,00	186	0	0	130	Sim	Sim	G400 G401 G402 G403 G404 G405 G406 G407 G408
0604210019	ZIPRASIDONA 40MG	221	06050084	Unidade	R\$ 0,00	124	0	0	130	Sim	Sim	F200 F201 F202 F203 F204 F205 F206 F208 F250 F251 F252
0601110110	ZIPRASIDONA 40MG	221	06050084	Unidade	R\$ 3,43	120	0	0	130	Sim	Não	F200 F201 F202 F203 F204 F205 F206 F208
0601110102	ZIPRASIDONA 80MG	222	06050083	Unidade	R\$ 5,08	60	0	0	130	Sim	Não	F200 F201 F202 F203 F204 F205 F206 F208
0604210027	ZIPRASIDONA 80MG	222	06050083	Unidade	R\$ 0,00	62	0	0	130	Sim	Sim	F200 F201 F202 F203 F204 F205 F206 F208 F250 F251 F252