



Cuité

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS DESTRUÍDOS PELO CEDMEX

LISTA CDMEX

AMANTADINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)

AMBRISENTANA 10 MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)

AMBRISENTANA 5 MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)

ATORVASTATINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)

ATORVASTATINA 20 MG (POR COMPRIMIDO)

ATORVASTATINA 40 MG (POR COMPRIMIDO)

ATORVASTATINA 80 MG (POR COMPRIMIDO)

AZATIOPRINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)

BARICITINIBE 2MG (POR COMPRIMIDO)

BARICITINIBE 4MG (POR COMPRIMIDO)

BETAINTERFERONA 1A 12.000.000 UI (44 MCG) INJETAVEL (POR
SERINGA PREENCHIDA)

BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (22 MCG) INJETAVEL (POR
SERINGA PREENCHIDA)

RUA 15 DE NOVEMBRO,
Nº159, CENTRO, CUITÉ/PB

@ /PREFEITURADECUITE WWW.CUITE.PB.GOV.BR

CNPJ: 08.732.174/0001-50

Secretaria
de Saúde



Cuité

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ

BETAINTERFERONA 1A 6.000.000 UI (30 MCG) INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA, SERINGA PREENCHIDA OU CANETA

BETAINTERFERONA 1B 9.600.000 UI (300MCG) INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

BEZAFIBRATO 200 MG (POR DRÁGEA OU COMPRIMIDO)

BEZAFIBRATO 400 MG (POR COMPRIMIDO DE DESINTEGRAÇÃO LENTA)

BIOTINA 2,5 MG (POR CÁPSULA)

BOSENTANA 125 MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)

BOSENTANA 62,5 MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)

BROMETO DE TIOTRÓPIO MONOIDRATADO 2,5mcg + CLORIDRATO DE OLODATEROL 2,5mcg

BROMETO DE UMECLIDÍNIO 62,5mcg + TRIFENATATO DE VILANTEROL 25mcg (pó inalante)

BROMOCRIPTINA 2,5 MG (POR COMPRIMIDO)

BUDESONIDA 200 MCG (POR CAPSULA INALANTE)

BUDESONIDA 200 MCG PO INALANTE OU AEROSSOL BUCAL (POR FRASCO C/ 100 DOSES)

BUDESONIDA 200 MCG PO INALANTE OU AEROSSOL BUCAL (POR FRASCO C/ 200 DOSES)

BUDESONIDA 400 MCG (POR CAPSULA INALANTE)

RUA 15 DE NOVEMBRO,
Nº159, CENTRO, CUITÉ/PB

@ /PREFEITURADECUITE WWW.CUITE.PB.GOV.BR

CNPJ: 08.732.174/0001-50

Secretaria
de Saúde



Cuité

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ

CABERGOLINA 0,5 MG (POR COMPRIMIDO)

CALCIPOTRIOL 50 MCG/G POMADA (POR BISNAGA DE 30 G)

CALCITONINA 100 UI INJETAVEL (POR AMPOLA)

CALCITONINA 200 UI/DOSE SPRAY NASAL (POR FRASCO)

CALCITONINA 50 UI INJETAVEL (POR AMPOLA)

CALCITRIOL 0,25 MCG (POR CÁPSULA)

CALCITRIOL 1,0 MCG INJETAVEL (POR AMPOLA)

CERTOLIZUMABE PEGOL 200 MG/ML INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)

CICLOFOSFAMIDA 50 MG (POR DRAGEA)

CICLOSPORINA 10 MG (POR CAPSULA)

CICLOSPORINA 100 MG (POR CAPSULA)

CICLOSPORINA 100 MG/ML SOLUCAO ORAL (POR FRASCO DE 50 ML)

CICLOSPORINA 25 MG (POR CAPSULA)

CICLOSPORINA 50 MG (POR CAPSULA)

CINACALCETE 30 MG (POR COMPRIMIDO)

CINACALCETE 60 MG (POR COMPRIMIDO)

CIPROFIBRATO 100 MG (POR COMPRIMIDO)

RUA 15 DE NOVEMBRO,
Nº159, CENTRO, CUITÉ/PB

@ /PREFEITURADECUITE WWW.CUITE.PB.GOV.BR

CNPJ: 08.732.174/0001-50

Secretaria
de Saúde



Cuité

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ

CIPROTERONA 50 MG (POR COMPRIMIDO)

CLOBAZAM 10 MG (POR COMPRIMIDO)

CLOBAZAM 20 MG (POR COMPRIMIDO)

CLOBETASOL 0,5 MG/G CREME (POR BISNAGA DE 30 G)

CLOBETASOL 0,5 MG/G SOLUÇÃO CAPILAR (POR FRASCO DE 50 G)

CLOPIDOGREL 75 MG (POR COMPRIMIDO)

CLOROQUINA 150 MG (POR COMPRIMIDO)

CLOZAPINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)

CLOZAPINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)

CODEINA 3 MG/ML SOLUCAO ORAL (POR FRASCO DE 120 ML)

CODEINA 30 MG (POR COMPRIMIDO)

CODEINA 30 MG/ML (POR AMPOLA DE 2 ML)

CODEINA 60 MG (POR COMPRIMIDO)

COMPLEMENTO ALIMENTAR PARA PACIENTE FENILCETONURICO < 01 ANO - FORMULA ISENTA DE FENILALANINA

COMPLEMENTO ALIMENTAR PARA PACIENTE FENILCETONURICO > 01 ANO - FORMULA ISENTA DE FENILALANINA

DANAZOL 100 MG (POR CAPSULA)

RUA 15 DE NOVEMBRO,
Nº159, CENTRO, CUITÉ/PB

@/PREFEITURADECUITE WWW.CUITE.PB.GOV.BR

CNPJ: 08.732.174/0001-50

Secretaria
de Saúde



Cuité

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ

DANAZOL 200 MG (POR CAPSULA)

DAPAGLIFLOZINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)

DEFERASIROX 125 MG (POR COMPRIMIDO)

DEFERASIROX 250 MG (POR COMPRIMIDO)

DEFERASIROX 500 MG (POR COMPRIMIDO)

DEFERIPRONA 500 MG (POR COMPRIMIDO)

DESFERROXAMINA 500 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

DESMOPRESSINA 0,1 MG (POR COMPRIMIDO)

DESMOPRESSINA 0,1 MG/ML APLICACAO NASAL (POR FRASCO DE 2,5 ML)

DESMOPRESSINA 0,2 MG (POR COMPRIMIDO)

DONEPEZILA 10 MG (POR COMPRIMIDO)

DONEPEZILA 5 MG (POR COMPRIMIDO)

ELTROMBOPAGUE OLAMINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)

ELTROMBOPAGUE OLAMINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)

ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG SOLUÇÃO INJETÁVEL (SERINGA PREENCHIDA) 0,4 ML

ENTACAPONA 200 MG (POR COMPRIMIDO)

RUA 15 DE NOVEMBRO,
Nº159, CENTRO, CUITÉ/PB

@/PREFEITURADECUITE WWW.CUITE.PB.GOV.BR

CNPJ: 08.732.174/0001-50

Secretaria
de Saúde



Cuité

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ

ETANERCEPTE 25 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

ETANERCEPTE 50 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA OU
SERINGA PREENCHIDA)

ETOFIBRATO 500 MG (POR CAPSULA)

ETOSSUXIMIDA 50 MG/ML (FRASCO DE 120 ML)

EVEROLIMO 0,5 MG (POR COMPRIMIDO)

EVEROLIMO 0,75 MG (POR COMPRIMIDO)

EVEROLIMO 1 MG (POR COMPRIMIDO)

FENOFIBRATO 200 MG (POR CAPSULA)

FENOFIBRATO 250 MG (POR CAPSULA DE LIBERACAO RETARDADA)

FENOTEROL 100 MCG AEROSSOL (POR FRASCO DE 200 DOSES)

FILGRASTIM 300 MCG INJETAVEL (POR FRASCO)

FINGOLIMODE 0,5 MG (POR CAPSULA)

FLUDROCORTISONA 0,1 MG (POR COMPRIMIDO)

FLUVASTATINA 20 MG (POR CAPSULA)

FLUVASTATINA 40 MG (POR CAPSULA)

FORMOTEROL 12 MCG (POR CÁPSULA INALANTE)



Cuité

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ

FORMOTEROL 12 MCG + BUDESONIDA 400 MCG (POR CÁPSULA INALANTE)

FORMOTEROL 12 MCG + BUDESONIDA 400 MCG PÓ INALANTE (POR FRASCO DE 60 DOSES)

FORMOTEROL 12 MCG PÓ INALANTE (POR FRASCO DE 60 DOSES)

FORMOTEROL 6 MCG + BUDESONIDA 200 MCG PÓ INALANTE (POR FRASCO DE 60 DOSES)

FORMOTEROL 6MCG + BUDESONIDA 200 MCG (POR CÁPSULA INALANTE)

FUMARATO DE DIMETILA 120MG (COMPRIMIDO)

FUMARATO DE DIMETILA 240MG (COMPRIMIDO)

GABAPENTINA 300 MG (POR CAPSULA)

GABAPENTINA 400 MG (POR CAPSULA)

GALANTAMINA 16 MG (POR CAPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)

GALANTAMINA 24 MG (POR CAPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)

GALANTAMINA 8 MG (POR CAPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)

GALSUFASE 1 MG/ML (POR FRASCO AMPOLA)

GENFIBROZILA 600 MG (COMPRIMIDO)

RUA 15 DE NOVEMBRO,
Nº159, CENTRO, CUITÉ/PB

📍 /PREFEITURADECUITE 📧 WWW.CUITE.PB.GOV.BR

CNPJ: 08.732.174/0001-50

Secretaria
de Saúde



Cuité

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ

GENFIBROZILA 900 MG (POR COMPRIMIDO)

GLATIRAMER 40 MG INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)

GOLIMUMABE 50 MG INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)

GOSSERRELINA 10,80 MG INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)

GOSSERRELINA 3,60 MG INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)

HIDROXICLOROQUINA 200 MG (POR COMPRIMIDO)

HIDROXICLOROQUINA 400 MG (POR COMPRIMIDO)

HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 230 MG (POR COMPRIMIDO)

HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 300 MG (POR COMPRIMIDO)

HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 61,5 MG/ML (SUSPENSÃO POR FRASCO DE 100 ML)

HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 61,5 MG/ML (SUSPENSÃO POR FRASCO DE 150 ML)

HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 61,5 MG/ML (SUSPENSÃO POR FRASCO DE 240 ML)

HIDROXIUREIA 500 MG (POR CÁPSULA)

IDURSULFASE ALFA 2 MG/ML SOL INJ (FR) 3 ML

ILOPROSTA 10 MCG/ML SOLUÇÃO PARA NEBULIZAÇÃO (AMPOLA DE 1 ML)



Cuité

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ

IMIGLUCERASE 200 U INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

IMIGLUCERASE 400 U INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 100 UI INJETAVEL (POR FRASCO)

IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 500 UI INJETAVEL (POR FRASCO)

IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 600 UI INJETAVEL (POR FRASCO)

IMUNOGLOBULINA HUMANA 0,5 G INJETAVEL (POR FRASCO)

IMUNOGLOBULINA HUMANA 1,0 G INJETAVEL (POR FRASCO)

IMUNOGLOBULINA HUMANA 2,5 G INJETAVEL (POR FRASCO)

IMUNOGLOBULINA HUMANA 3,0 G INJETAVEL (POR FRASCO)

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5,0 G INJETAVEL (POR FRASCO)

IMUNOGLOBULINA HUMANA 6,0 G INJETAVEL (POR FRASCO)

INFLIXIMABE 10 MG/ML INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA COM 10 ML)

INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA 100 UI/ML (TUBETES DE 3ML)

ISOTRETINOINA 10 MG (POR CAPSULA)

ISOTRETINOINA 20 MG (POR CAPSULA)

RUA 15 DE NOVEMBRO,
Nº159, CENTRO, CUITÉ/PB

@/PREFEITURADECUITE WWW.CUITE.PB.GOV.BR

CNPJ: 08.732.174/0001-50

Secretaria
de Saúde



Cuité

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ

LAMIVUDINA 10 MG/ML SOLUCAO ORAL (FRASCO DE 240 ML)

LAMIVUDINA 150 MG (POR COMPRIMIDO)

LAMOTRIGINA 100 MG (POR COMPRIMIDO) - CID F311, F312, F313, F314, F315, F316, F317

LAMOTRIGINA 100 MG (POR COMPRIMIDO) - CID G400, G401, G402, G403, G404, G405, G406, G407, G408

LAMOTRIGINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)

LAMOTRIGINA 50 MG (POR COMPRIMIDO)

LANREOTIDA 120 MG INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)

LANREOTIDA 60 MG INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)

LANREOTIDA 90 MG INJETAVEL (POR SERINGA PREENCHIDA)

LARONIDASE 0,58 MG SOLUÇÃO INJETÁVEL (FRASCO DE 5 ML)

LEFLUNOMIDA 20 MG (POR COMPRIMIDO)

LEUPRORRELINA 11,25 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

LEUPRORRELINA 3,75 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

LEVETIRACETAM 100MG/ML SOLUÇÃO ORAL (FRASCO 150ML)

LEVETIRACETAM 250 MG (POR COMPRIMIDO)

LEVETIRACETAM 750 MG (POR COMPRIMIDO)

RUA 15 DE NOVEMBRO,
Nº159, CENTRO, CUITÉ/PB

@/PREFEITURADECUITE WWW.CUITE.PB.GOV.BR

CNPJ: 08.732.174/0001-50

Secretaria
de Saúde



Cuité

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ

LOVASTATINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)

LOVASTATINA 20 MG (POR COMPRIMIDO)

LOVASTATINA 40 MG (POR COMPRIMIDO)

MEMANTINA 10MG

MEPOLIZUMABE 100MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL

MESALAZINA 1 G + DILUENTE 100 ML (ENEMA) - POR DOSE

MESALAZINA 1000 MG (POR SUPOSITORIO)

MESALAZINA 250 MG (POR SUPOSITORIO)

MESALAZINA 3 G + DILUENTE 100 ML (ENEMA) - POR DOSE

MESALAZINA 400 MG (POR COMPRIMIDO)

MESALAZINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)

MESALAZINA 500 MG (POR COMPRIMIDO) - CID K500, K501, K508

MESALAZINA 500 MG (POR SUPOSITORIO)

MESALAZINA 800 MG - POR COMPRIMIDO

MESALAZINA 800 MG - POR COMPRIMIDO

METADONA 10 MG (POR COMPRIMIDO)

METADONA 10 MG/ML INJETAVEL (POR AMPOLA DE 1 ML)

RUA 15 DE NOVEMBRO,
Nº159, CENTRO, CUITÉ/PB

@ /PREFEITURADECUITE WWW.CUITE.PB.GOV.BR

CNPJ: 08.732.174/0001-50

Secretaria
de Saúde



Cuité

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ

METADONA 5 MG (POR COMPRIMIDO)

METILPREDNISOLONA 500 MG INJETAVEL (POR AMPOLA)

METOTREXATO 2,5 MG (POR COMPRIMIDO)

METOTREXATO 25 MG/ML INJETAVEL (POR AMPOLA DE 2 ML)

MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG (POR COMPRIMIDO)

MICOFENOLATO DE SODIO 180 MG (POR COMPRIMIDO)

MICOFENOLATO DE SODIO 360 MG (POR COMPRIMIDO)

MIGLUSTATE 100 MG (POR CAPSULA)

MOLGRAMOSTIM 300 MCG INJETAVEL (POR FRASCO)

MORFINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)

MORFINA 10 MG/ML (POR AMPOLA DE 1 ML)

MORFINA 10 MG/ML SOLUCAO ORAL (POR FRASCO DE 60 ML)

MORFINA 30 MG (POR COMPRIMIDO)

MORFINA DE LIBERACAO CONTROLADA 100 MG (POR CAPSULA)

MORFINA DE LIBERACAO CONTROLADA 30 MG (POR CAPSULA)

MORFINA DE LIBERACAO CONTROLADA 60 MG (POR CAPSULA)

NAPROXENO 250 MG (POR COMPRIMIDO)



Cuité

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ

NAPROXENO 500 MG (POR COMPRIMIDO)

NATALIZUMABE 300MG (POR FRASCO-AMPOLA)

NUSINERSENA 2,4MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 5ML

OCTREOTIDA 0,1 MG/ML INJETAVEL (POR AMPOLA)

OCTREOTIDA LAR 10 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

OCTREOTIDA LAR 20 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

OCTREOTIDA LAR 30 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

OLANZAPINA 10 MG (POR COMP.)

OLANZAPINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)

OLANZAPINA 5 MG (POR COMPRIMIDO)

OMALIZUMABE 150MG (POR FRASCO AMPOLA DE 2ML)

OMBITASVIR - 12,5 MG/VERUPRE VIR 75 MG/ RITONAVIR 50 MG
P/COMP. (COM 02 COMP. REV.) + DASABUVIR 250MG

PAMIDRONATO 30 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

PAMIDRONATO 60 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

PANCREATINA 10.000 UI (POR CAPSULA)

PANCREATINA 25000 UI (POR CAPSULA)

RUA 15 DE NOVEMBRO,
Nº159, CENTRO, CUITÉ/PB

@ /PREFEITURADECUITE WWW.CUITE.PB.GOV.BR

CNPJ: 08.732.174/0001-50

Secretaria
de Saúde



Cuité

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ

PARICALCITOL 5,0 MCG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (AMPOLA COM 1 ML)

PENICILAMINA 250 MG (POR CAPSULA)

PIRIDOSTIGMINA 60 MG (POR COMPRIMIDO)

PRAMIPEXOL 0,125 MG (POR COMPRIMIDO)

PRAMIPEXOL 0,25 MG (POR COMPRIMIDO)

PRAMIPEXOL 1 MG (POR COMPRIMIDO)

PRAVASTATINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)

PRAVASTATINA 20MG (POR COMPRIMIDO)

PRAVASTATINA 40 MG (POR COMPRIMIDO)

PRIMIDONA 100 MG (POR COMPRIMIDO)

PRIMIDONA 250 MG (POR COMPRIMIDO)

QUETIAPINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)

QUETIAPINA 200 MG (POR COMPRIMIDO)

QUETIAPINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)

QUETIAPINA 300 MG (POR COMPRIMIDO)

RALOXIFENO 60 MG (POR COMPRIMIDO)

RASAGILINA 1 MG (POR COMPRIMIDO)



Cuité

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ

RIBAVIRINA 250 MG (POR CAPSULA)

RILUZOL 50 MG (POR COMPRIMIDO)

RISEDRONATO 35 MG (POR COMPRIMIDO)

RISEDRONATO 5 MG (POR COMPRIMIDO)

RISPERIDONA 1 MG (POR COMP.) - CID F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208, F250, F251, F252

RISPERIDONA 1 MG (POR COMPRIMIDO)

RISPERIDONA 1 MG (POR COMPRIMIDO) - CID F311, F312, F313, F314, F315, F316, F317

RISPERIDONA 1,0 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (POR FRASCO DE 30 ML)

RISPERIDONA 2 MG (POR COMP.)

RISPERIDONA 2 MG (POR COMP.) - CID F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208, F250, F251, F252

RISPERIDONA 3 MG (POR COMP.) - CID F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208, F250, F251, F252

RISPERIDONA 3 MG (POR COMPRIMIDO)

RISPERIDONA 3 MG (POR COMPRIMIDO) - CID F311, F312, F313, F314, F315, F316, F317

RITUXIMABE 500 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA DE 50ML)

RIVASTIGMINA 1,5 MG (POR CAPSULA)

RUA 15 DE NOVEMBRO,
Nº159, CENTRO, CUITÉ/PB

@ /PREFEITURADECUITE WWW.CUITE.PB.GOV.BR

CNPJ: 08.732.174/0001-50

Secretaria
de Saúde



Cuité

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ

RIVASTIGMINA 18 MG ADESIVO TRANSDÉRMICO

RIVASTIGMINA 2,0 MG/ML SOLUÇÃO ORAL (POR FRASCO DE 120 ML)

RIVASTIGMINA 3 MG (POR CAPSULA)

RIVASTIGMINA 4,5 MG (POR CAPSULA)

RIVASTIGMINA 6 MG (POR CAPSULA)

RIVASTIGMINA 9 MG ADESIVO TRANSDÉRMICO

SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO 100 MG INJETAVEL (POR FRASCO DE 5 ML)

SACUBITRIL + VALSARTANA 24 + 26 MG (POR COMPRIMIDO)

SACUBITRIL + VALSARTANA 49 + 51 MG (POR COMPRIMIDO)

SACUBITRIL + VALSARTANA 97 + 103 MG (POR COMPRIMIDO)

SALMETEROL 50 MCG PO INALANTE OU AEROSSOL BUCAL (POR FRASCO DE 60 DOSES)

SECUQUINUMABE 150MG/ML (POR SERINGA PREENCHIDA)

SELEGILINA 10 MG (POR DRAGEA OU COMPRIMIDO)

SELEGILINA 5 MG (POR COMPRIMIDO)

SEVELAMER 800 MG (POR COMPRIMIDO)

SILDENAFILA 20 MG (POR COMPRIMIDO)



Cuité

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ

SILDENAFILA 25 MG (POR COMPRIMIDO)

SILDENAFILA 50 MG (POR COMPRIMIDO)

SIMEPREVIR 150 MG (POR COMPRIMIDO)

SIROLIMO 1 MG (POR DRAGEA)

SIROLIMO 2 MG (POR DRAGEA)

SOFOSBUVIR 400 MG (POR COMPRIMIDO)

SOMATROPINA 12 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

SOMATROPINA 4 UI INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

SULFASSALAZINA 500 MG (P/COMP.) - CID K500, K501, K508, K510, K511, K512, K513, K514, K515, K518 ...

SULFASSALAZINA 500 MG (POR COMP.) - CID M45; M46.8

TACROLIMO 1 MG (POR CAPSULA)

TACROLIMO 5 MG (POR CAPSULA)

TAFAMIDIS 20MG

TALIDOMIDA 100 MG (POR COMPRIMIDO)

TALIGLUCERASE ALFA 200 U INJETÁVEL (POR FRASCO)

TENOFOVIR 300 MG (POR COMPRIMIDO)

TERIFLUNOMIDA 14 MG (COMPRIMIDO)

RUA 15 DE NOVEMBRO,
Nº159, CENTRO, CUITÉ/PB

@ /PREFEITURADECUITE WWW.CUITE.PB.GOV.BR

CNPJ: 08.732.174/0001-50

Secretaria
de Saúde



Cuité

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ

TOBRAMICINA 300/5 MG/ML SOLUÇÃO INALATÓRIA (POR AMPOLA)

TOCILIZUMABE 20 MG/ML INJETAVEL (POR FRASCO AMPOLA DE 4ML)

TOFACIFITINIBE 5MG (POR COMPRIMIDO)

TOLCAPONA 100 MG (POR COMPRIMIDO)

TOPIRAMATO 100 MG (POR COMPRIMIDO)

TOPIRAMATO 25 MG (POR COMPRIMIDO)

TOPIRAMATO 50 MG (POR COMPRIMIDO)

TOXINA BOTULINICA TIPO A 100 U INJETAVEL (P/FRASCO-AMPOLA)-CID G041, G243, G244, G245, G513, G518...

TOXINA BOTULINICA TIPO A 100 U INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA) - CID G824; G248

TOXINA BOTULINICA TIPO A 500 U INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

TRIENTINA 250 MG (POR CÁPSULA)

TRIEXIFENIDIL 5 MG (POR COMPRIMIDO)

TRIPTORRELINA 11,25 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

TRIPTORRELINA 3,75 MG INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA)

USTEQUINUMABE 45MG/0,5ML (SOLUÇÃO INJETÁVEL)



Cuité

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ

VEDOLIZIMABE 300 MG SOLUÇÃO INJETÁVEL

VIGABATRINA 500 MG (POR COMPRIMIDO)

ZIPRASIDONA 40 MG (POR CAPSULA)

ZIPRASIDONA 80 MG (POR CAPSULA)



RUA 15 DE NOVEMBRO,
Nº159, CENTRO, CUITÉ/PB

@ /PREFEITURADECUITE ✉ WWW.CUITE.PB.GOV.BR

CNPJ: 08.732.174/0001-50

Secretaria
de Saúde